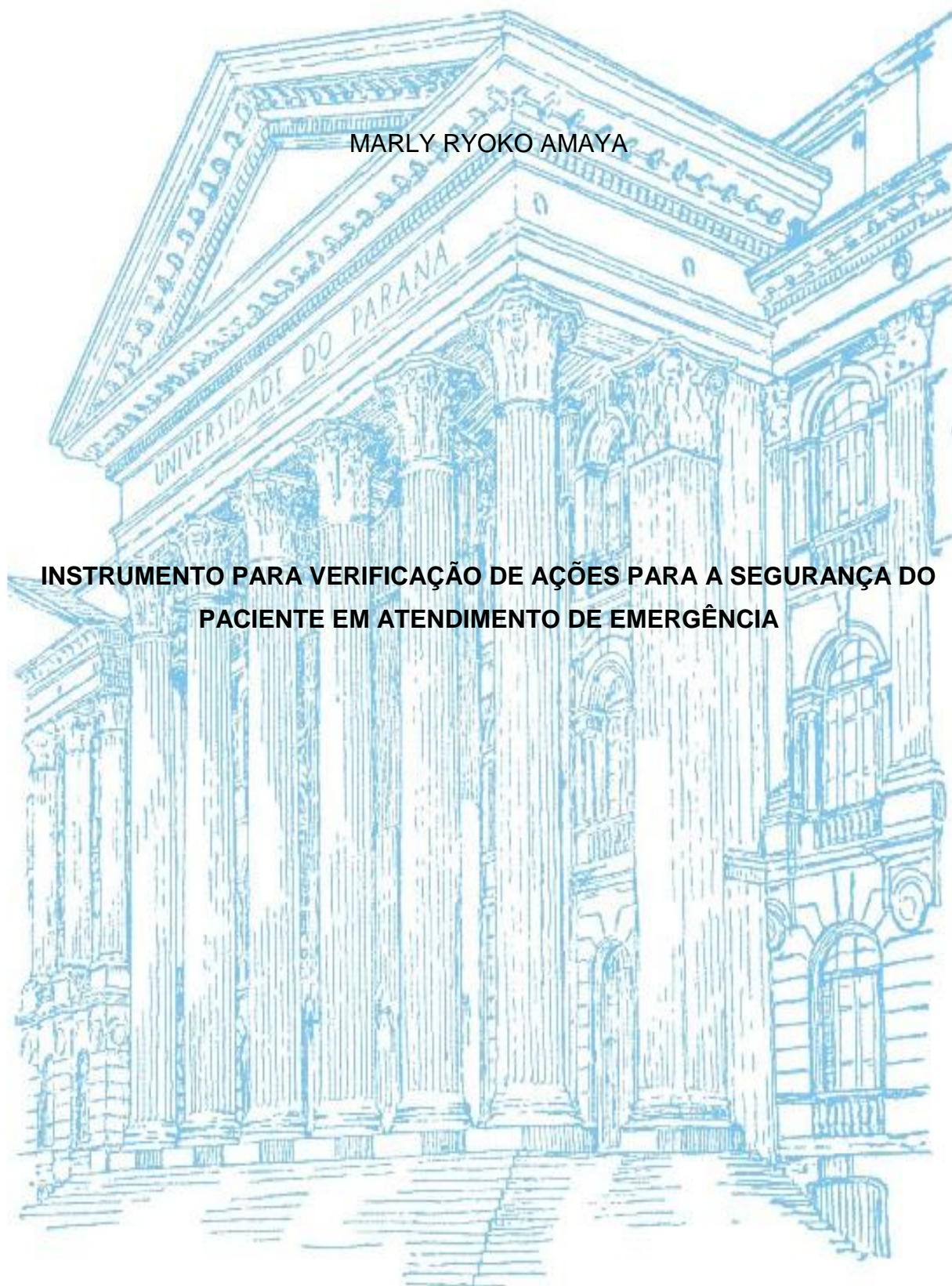


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MARLY RYOKO AMAYA

**INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DE AÇÕES PARA A SEGURANÇA DO
PACIENTE EM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**



CURITIBA

2015

MARLY RYOKO AMAYA

**INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DE AÇÕES PARA A SEGURANÇA DO
PACIENTE EM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profª. Drª. Elaine Drehmer de Almeida Cruz

CURITIBA

2015

Amaya, Marly Ryoko
Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência / Marly Ryoko Amaya – Curitiba, 2015.
213 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Segurança do paciente. 2. Serviços médicos de emergência. 3. Lista de checagem. 4. Estudos de validação. I. Cruz, Elaine Drehmer de Almeida. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.025

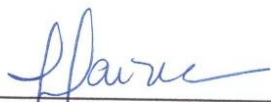
TERMO DE APROVAÇÃO

MARLY RYOKO AMAYA


**INSTRUMENTO PARA VERIFICAÇÃO DE AÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM
ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:


Orientador(a):



Profa. Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Profa. Dra. Raymunda Viana Aguiar
Membro Titular: Instituto Federal do Paraná - IFPR



Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR

Curitiba, 26 de Novembro de 2015.

Dedico este trabalho:

Aos meus pais,
por todo amor, apoio e ensinamentos.

Aos familiares e amigos,
que longe ou perto,
dedicaram tempo ou pensamento,
e torceram pelo sucesso deste trabalho.

Ao meu noivo,
que me apoia e incentiva todos os dias;
pelo companheirismo e paciência,
e por adotar também como seus, os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Elaine Drehmer de Almeida Cruz, por toda orientação, confiança, apoio e compreensão nos momentos de dificuldades, características que perduram desde minha trajetória acadêmica até o presente momento.

Ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, pelo apoio e oportunidade.

Ao Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto – GEMSA, pelos ensinamentos e contribuição.

Às professoras Dra Ana Elisa Bauer Camargo Silva, Dra Maria de Fátima Mantovani, Dra Leila Maria Mansano Sarquis pelas contribuições na construção do trabalho e às demais professoras do departamento pelo aprendizado e troca de experiências.

Aos profissionais, médicos e enfermeiros que participaram da etapa de validação de conteúdo contribuindo com sua expertise no produto desta pesquisa.

Aos profissionais estatísticos do Laboratório de Estatística Aplicada (LEA) da Universidade Federal do Paraná pelas contribuições na primeira etapa da análise da pesquisa.

A todos os colegas de pós-graduação pela compreensão, auxílio, convivência e aprendizado.

À CAPES, pelo auxílio financeiro durante o período do mestrado acadêmico.

Meus agradecimentos.

O mundo é perigoso não por causa daqueles que fazem o mal, mas por causa daqueles que veem e deixam o mal ser feito.

Albert Einstein

RESUMO

As estratégias para a prevenção de danos evitáveis visam à qualificação dos serviços de saúde e instrumentos de verificação precoce de riscos constituem ferramenta operacional de baixo custo para a redução de erros. Considerando a relevância de monitorar riscos e estabelecer padrões de conformidade assistencial, esta pesquisa teve por objetivo construir e validar *checklist* para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência hospitalar. A pesquisa metodológica e de abordagem quantitativa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná e desenvolvida entre março de 2014 e outubro de 2015. A elaboração do *checklist* foi norteada pelos protocolos básicos do Programa Nacional de Segurança do Paciente. O instrumento válido e confiável está organizado em seis categorias de segurança e relativos a riscos cirúrgicos, de infecção, de quedas e de desenvolvimento de úlceras por pressão, identificação do paciente e administração de medicamentos. Os itens de checagem foram elaborados em forma de pergunta seguida de ação de prevenção ou correção. Para a validação do *checklist* utilizou-se a Técnica Delphi em duas rodadas, com participação de 23 e 20 especialistas, respectivamente; a avaliação foi norteada por questionário elaborado para a pesquisa acompanhado de documento explicativo e termo de consentimento aplicados via sistema *Google Docs*. Foram avaliados os títulos das categorias e respectivos conteúdos, atributos, uso, aplicabilidade e aparência da ferramenta. O Índice de Validade de Conteúdo geral alcançado foi de 0,94 resultando na validade do *checklist*, o alfa de Crombach de 0,91 evidencia excelência em sua confiabilidade. Concluiu-se que o produto desta pesquisa é instrumento válido e confiável para verificar situações preditivas de risco e direcionar ações precoces de correção com vistas à promoção da segurança do paciente em serviços de emergência hospitalar. O instrumento pode ser aplicado e adaptado a diferentes contextos de saúde com potencial contribuição para a qualificação da assistência por meio do direcionamento de ações básicas de segurança.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Serviços médicos de emergência. Lista de checagem. Estudos de validação.

ABSTRACT

The strategies to prevent avoidable damages aim at the qualification of the health services and instruments of early risk valuation constitute low-cost operational tool. Considering the relevance of monitoring risks and establishing patterns of assistance conformity, this research had the goal to build and validate an action verification checklist for patient security in emergency medical care. The methodological and quantitative research approach observed ethical precepts and was designed between March 2014 and October 2015. The checklist, guided by basic protocols of the National Program of Patient Security, is organized in six security categories related to surgical risk, infection, falls and pressure ulcers, patient's identification and drug administration. The checkup items were drawn in the form of questions followed by preventive or corrective actions. Delphi Technique was employed in two rounds to validate the checklist; the evaluation was guided by a questionnaire elaborated for the research, which was applied through Google Docs system together with an explanatory document and a consent form. The titles of the categories and their respective contents, features, usage, applicability and appearance of the tool were addressed. The overall Content Validity Rate achieved was 0.94, which results in the validity of the product in this research; the Crombach alpha of 0.91 shows its excellent reliability. It was concluded that the "Checklist for Patient Security in Emergency Medical Care" is a valid and reliable instrument to verify situations of predictive risks and direct early corrective actions. This tool may be applied and adapted to different health contexts and has potential to contribute for the qualification of assistance through the direction of basic security actions.

Keywords: Patient Security. Emergency Medical Services. Checklist. Validation Studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 - CLASSIFICAÇÕES DE PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	35
FIGURA 1 - OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	39
QUADRO 2 - MELHORIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	39
QUADRO 3 - FATORES DE RISCO PARA QUEDAS E MEDIDAS PREVENTIVAS.....	43
QUADRO 4 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA.....	44
FIGURA 2 - BUSCA DOS ESPECIALISTAS DOUTORES.....	54
FIGURA 3 - TÉCNICA DELPHI DE VALIDAÇÃO.....	57
QUADRO 5 - ESCORE ORDINAL TIPO <i>LIKERT</i> UTILIZADO NA PESQUISA.....	58
FIGURA 4 - MODELO 1: <i>CHECKLIST</i> ESTRUTURADO EM CATEGORIAS.....	64
FIGURA 5 - MODELO 2: <i>CHECKLIST</i> NÃO ESTUTURADO EM CATEGORIAS.....	65
FIGURA 6 - SEGUNDA VERSÃO DO <i>CHECKLIST</i> (PÁGINA DA FRENTE).....	66
FIGURA 7 - SEGUNDA VERSÃO DO <i>CHECKLIST</i> (VERSO DA PÁGINA).....	67
FIGURA 8 - VERSÃO FINAL DO <i>CHECKLIST</i> (PÁGINA DA FRENTE).....	68
FIGURA 9 - VERSÃO FINAL DO <i>CHECKLIST</i> (VERSO DA PÁGINA).....	69
QUADRO 6 - PRINCIPAIS SUGESTÕES RELATIVAS AOS ITENS INDIVIDUAIS 1 A 18.....	74
FIGURA 10 - CATEGORIA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DA VERSÃO FINAL DO <i>CHECKLIST</i>	96
FIGURA 11 - CATEGORIA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA VERSÃO FINAL DO <i>CHECKLIST</i>	99
FIGURA 12 - CATEGORIA RISCO DE QUEDAS DA VERSÃO FINAL DO	

	<i>CHECKLIST</i>	101
FIGURA 13 -	CATEGORIA RISCO DE INFECÇÃO DA VERSÃO FINAL DO <i>CHECKLIST</i>	103
FIGURA 14 -	CATEGORIA RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO DA VERSÃO FINAL DO <i>CHECKLIST</i>	104
FIGURA 15 -	CATEGORIA RISCO CIRÚRGICO DA VERSÃO FINAL DO <i>CHECKLIST</i>	106

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	SEXO, FORMAÇÃO ACADÊMICA E TITULAÇÃO DOS ESPECIALISTAS 2015.....	70
TABELA 2 -	IDADE DOS PARTICIPANTES 2015.....	70
TABELA 3 -	QUANTITATIVO DE ESPECIALISTAS INCLUÍDOS NA ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO APRESENTADA, EXPERTISE PROFISSIONAL, ÁREA DE ATUAÇÃO E AS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO <i>CHECKLIST</i> 2015.....	71
TABELA 4 -	DISTRIBUIÇÃO DAS CONCORDÂNCIAS DAS QUESTÕES 1 A 31 DO QUESTIONÁRIO NA PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO 2015.....	72
TABELA 5 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO <i>CHECKLIST</i> NA PRIMEIRA RODADA 2015.....	76
TABELA 6 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERTISE E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO <i>CHECKLIST</i> NA PRIMEIRA RODADA 2015.....	78
TABELA 7 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO <i>CHECKLIST</i> NA PRIMEIRA RODADA 2015.....	79
TABELA 8 -	DISTRIBUIÇÃO DAS CONCORDÂNCIAS DAS QUESTÕES 1 A 31 DO QUESTIONÁRIO NA SEGUNDA RODADA DE AVALIAÇÃO 2015.....	82
TABELA 9 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO <i>CHECKLIST</i> NA SEGUNDA RODADA 2015.....	84
TABELA 10 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERTISE E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO <i>CHECKLIST</i> NA SEGUNDA RODADA 2015.....	86
TABELA 11 -	ASSOCIAÇÃO ENTRE O CAMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS	

	ITENS DO <i>CHECKLIST</i> NA SEGUNDA RODADA 2015.....	87
TABELA 12 -	COMPARAÇÃO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO E REDAÇÃO DAS QUESTÕES DO <i>CHECKLIST</i> NAS PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS DE VALIDAÇÃO 2015...	90

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CIPNSP	- Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente
EA	- Eventos Adversos
IVC	- Índice de Validade de Conteúdo – IVC (<i>Index of Content Validity - ICV</i>)
IOM	- <i>Institute of Medicine</i> (Instituto de Medicina dos EUA)
IRAS	- Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	- Ministério da Saúde do Brasil
NSP	- Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PNSP	- Programa Nacional de Segurança do Paciente
RDC	- Resolução da Diretoria Colegiada
RN	- Recém-nascido
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPP	- Úlceras por pressão
WHO	- <i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE.....	22
2.2	INICIATIVAS MUNDIAIS E BRASILEIRAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	25
2.3	AGRAVOS POR CAUSAS EXTERNAS E SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA.....	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	31
3.1	PROTOCOLOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	31
3.1.1	Protocolo de Identificação do Paciente.....	32
3.1.2	Protocolo na Segurança da Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.....	34
3.1.3	Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde.....	37
3.1.4	Protocolo de Cirurgia Segura.....	40
3.1.5	Protocolo de Prevenção de Quedas.....	42
3.1.6	Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão.....	45
3.2	VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO NOVO.....	48
4	METODOLOGIA.....	53
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	53
4.2	PARTICIPANTES.....	53
4.3	CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO.....	55
4.4	COLETA DE DADOS.....	57
4.4.1	Instrumentos para a coleta de dados.....	58
4.4.2	Primeira rodada de validação.....	59
4.4.3	Segunda rodada de validação.....	60
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	60
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	62
5	RESULTADOS.....	63
5.1	ELABORAÇÃO DO <i>CHECKLIST</i>	63
5.2	VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO.....	70

5.2.1	Perfil dos participantes.....	70
5.2.2	Resultados da primeira rodada de validação.....	71
5.2.2.1	Descrição das respostas relativas à primeira rodada de avaliação.....	72
5.2.2.2	Análise das respostas de avaliação e concordância na primeira rodada de validação de acordo com a caracterização dos participantes.....	76
5.2.3	Resultados da segunda rodada de validação.....	81
5.2.3.1	Descrição das respostas relativas à segunda rodada de avaliação.....	81
5.2.3.2	Análise das respostas de avaliação e concordância na segunda rodada de validação de acordo com a caracterização dos participantes.....	84
5.2.4	Comparação dos resultados de concordância nas rodadas de validação.....	89
6	DISCUSSÃO.....	93
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS.....	94
6.2	JULGAMENTO DOS ITENS DO <i>CHECKLIST</i>	96
6.2.1	Identificação do paciente.....	96
6.2.2	Administração de medicamentos.....	99
6.2.3	Risco de quedas.....	100
6.2.4	Risco de infecção.....	103
6.2.5	Risco de úlceras por pressão.....	104
6.2.6	Risco cirúrgico.....	106
6.3	JULGAMENTO DOS ATRIBUTOS DO <i>CHECKLIST</i> E AVALIAÇÃO GERAL.....	109
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
	REFERÊNCIAS.....	114
	APÊNDICES.....	130
	ANEXOS.....	208

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é temática atual, relevante e amplamente discutida por diversos órgãos, instituições e setores de saúde e está diretamente relacionada à assistência ao paciente; define a qualidade do serviço prestado e é um componente da gestão da qualidade (ANVISA, 2013a). Segurança do paciente é a redução de risco de dano desnecessário associada à atenção à saúde até o mínimo aceitável (OMS, 2011).

A repercussão mundial deste tema ocorreu a partir da publicação de dados do Instituto de Medicina dos Estados Unidos que evidenciaram cerca de 44 a 98 mil mortes ao ano devido a danos decorrentes de falhas no cuidado, além de destacar a relação direta entre incidentes e o aumento do custo do atendimento hospitalar (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Dados norte-americanos revelam que entre 200 e 400 mil mortes por ano estão relacionadas a danos evitáveis decorrentes da assistência (JAMES, 2013), superando os dados anteriores apresentados que reiteram a magnitude do problema.

Nessa perspectiva, destaca-se a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2004, com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que dissemina e divulga estratégias que visam às boas práticas assistências e ao desenvolvimento da cultura da segurança em todas as esferas de cuidado em saúde. Entre as estratégias, a divulgação dos 'Desafios Globais para Segurança do Paciente' visa à redução de infecções por meio da higienização de mãos, assistência cirúrgica segura e uso oportuno de antibióticos para prevenção de resistência microbiana (OMS, 2009; WHO, 2012).

O Brasil, como um dos países membros da OMS, pertence a essa Aliança e em 2013 lançou o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013a) com vistas ao cuidado isento de incidentes, os quais podem comprometer a saúde dos pacientes (URBANETTO; GERHARD, 2013). Constituem estratégias a serem adotadas no PNSP, entre outras, a construção e o monitoramento de indicadores e padrões de conformidade. Para tal, ações de segurança foram preconizadas por meio de seis Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013b) que constituem valiosa diretriz ao orientar a assistência segura e de qualidade.

Evidências científicas auxiliam na compreensão da questão, mas dados a respeito de incidentes¹, eventos adversos² (EA) decorrentes do cuidado em saúde e suas intervenções para diminuir este problema são mais conhecidos em países desenvolvidos, salientando a carência de dados brasileiros (BRASIL, 2014a). Nesse sentido pesquisas têm sido desenvolvidas a fim de contribuir no desenvolvimento de estratégias que visem melhores condições no cuidado à saúde e, portanto, maior segurança aos pacientes (SILVA, 2010).

Estudos com incidência e prevalência de EA têm o intuito de chamar a atenção para a questão da segurança do paciente e identificar áreas críticas no cuidado, a fim de estabelecer prioridades e ampliar a produção e difusão do conhecimento. Uma ação voltada para a segurança do paciente é a introdução de um sistema de notificações desses eventos que permita obter dados para um diagnóstico com padrões e tendências da segurança do paciente no país proporcionando a adoção de medidas para a prevenção de danos (BRASIL, 2014a).

Estudo de revisão sistemática que analisou prontuários estimou que, em média, 9,2% dos pacientes internados sofrem um EA relacionado ao cuidado, 43,5% destes considerados evitáveis (VRIES *et al.*, 2008). EA decorrentes da assistência prestada de forma insegura ocuparam a terceira causa de morte nos Estados Unidos, segundo dados de 2011 do *Centers for Disease Control and Prevention*; precedidos apenas por doenças cardíacas e câncer (HOYERT; XU, 2012). Em cinco países latino-americanos foi evidenciada a prevalência de 10,5% de EA, 59% evitáveis e 6% associados a óbito de pacientes (ARANAZ-ANDRÉS *et al.*, 2011).

No Brasil, estudo realizado em três hospitais do Rio de Janeiro identificou a incidência de 7,6% de pacientes acometidos por EA, 66,7% evitáveis (MENDES *et al.*, 2009), e outra pesquisa mostrou que 34% dos casos foram relacionados ao óbito do paciente (MARTINS *et al.*, 2011). Considerando os eventos adversos no cenário do Sistema Único de Saúde, salienta-se uma elevação da taxa de morbimortalidade, com prejuízos nas esferas individual e social, além do encarecimento do cuidado associado à ocupação de leitos por mais tempo e utilização dos recursos físicos e humanos (ANVISA, 2013a). Estima-se a adição de 200% do custo e de 28,3 dias na

¹Evento ou situação que atingiu o paciente, mas não ocasionou dano algum (OMS, 2009)

²Evento ou situação que atingiu o paciente e ocasionou dano, também chamado de incidente com dano (OMS, 2009)

hospitalização quando se compara aos pacientes que não sofreram EA algum (PORTO *et al.*, 2010).

No contexto da assistência hospitalar, as oportunidades e os tipos de EA são diversificados, com destaque para erros de medicação, falhas na comunicação, ausência de identificação do paciente ou de sua conferência, complicações cirúrgicas ou anestésicas, quedas e lesões, entre outros (OMS, 2009; MENDES *et al.*, 2009; MENDES *et al.*, 2013). Mediante esse contexto e dentre as diversas áreas da assistência em saúde, esta pesquisa tem como foco a segurança do paciente atendido em serviços de emergência³, uma vez que este cenário assistencial possui características peculiares que oferecem alto risco de incidentes aos pacientes pela natureza da assistência prestada. A emergência é compreendida como uma situação de agravo à saúde que requer uma intervenção médica imediata, frente ao risco iminente de morte (ZANELATO; DAL PAI, 2010).

No estudo de Leape *et al.* (1991), os EA relativos aos setores de emergência acometeram cerca de 3% dos pacientes e foram decorrentes de diversos fatores, como erros diagnósticos e intervenções invasivas. Na revisão sistemática de 2013, cujo objetivo foi estimar a prevalência dos EA em serviços de emergência, evidenciou variação de 0,2% a 6%, com aproximadamente 36% dos eventos evitáveis; dentre os mais comuns estavam os erros de medicação e de diagnóstico (STANG *et al.*, 2013).

Esse contexto de assistência possui como características o volume elevado de pacientes a serem atendidos, gravidade dos mesmos e sua alta rotatividade; a evidência de baixo dimensionamento de profissionais, que acarreta em sobrecarga de trabalho e estresse da equipe de saúde; a limitação de tempo com interrupções durante o atendimento, além do fator capacitação dos profissionais; todas elas contribuindo para maior risco à clientela atendida (BRASIL, 2003; ZANELATO; DAL PAI, 2010; SOUZA *et al.*, 2011; STANG *et al.*, 2013 BRASIL, 2014a).

Da mesma forma, no Brasil há aumento pela procura dos serviços de emergência devido ao contexto da violência urbana, denominados agravos à saúde por causas externas, os quais ocasionam superlotação, estresse e sobrecarga de trabalho (ZANELATO; DAL PAI, 2010; FIOCRUZ, 2014), comprometendo a

³ Atribui-se neste estudo o uso do termo 'emergência' correspondendo à urgência e emergência.

qualidade do atendimento prestado (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). Exige-se do profissional mais resultados em menos tempo e com menor custo (BRASIL, 2014a), com um ambiente de cuidados inadequado, com déficits na comunicação, pouca organização, o que facilita a desatenção e ocasiona EA, tais como erros de medicação e cirúrgicos e trocas de pacientes (FIOCRUZ, 2014), omissão de cuidados, quedas e infecções, cuja prevalência foi estimada em 1,5% (SANTOS; PADILHA, 2005; PARANAGUÁ *et al.*, 2014) nestes serviços. Mendes *et al.* (2013) evidenciaram que, de acordo com a admissão hospitalar, 66% dos pacientes em atendimento de urgência sofreram um evento evitável, dados que alimentam a busca por investimentos nestes serviços.

Considerando que a equipe de enfermagem está majoritariamente no processo de cuidado em saúde e, portanto, atuante nos procedimentos realizados, é categoria profissional sujeita a cometer erros no cuidado, assim como em condição oportuna, detectar riscos de sua ocorrência (NUNES *et al.*, 2014) e adotar medidas preventivas, foco principal da presente pesquisa.

Entre as estratégias com vistas à segurança do paciente em serviço de emergência no país estão o uso de protocolos que avaliam o risco de incidentes e que orientam práticas do cuidado; a utilização de listas de verificação do cuidado, discussões grupais entre a equipe; o uso de *bundles*⁴ de prevenção; a capacitação dos profissionais sobre segurança do paciente; o uso de ferramentas de prevenção de incidentes, como pulseiras de identificação, são exemplos e podem promover a qualidade assistencial (FIOCRUZ, 2014). Portanto, a criação de instrumentos para a condução dos procedimentos de excelência, tais como protocolos assistenciais e de mensuração da conformidade da assistência, auxilia a orientar e direcionar os profissionais a adotar ações seguras.

Diante da relevância do tema, pretende-se, com esta pesquisa, contribuir para o desenvolvimento de práticas seguras, a partir da criação de um instrumento para a verificação de ações de segurança no atendimento de emergência. Parte-se do princípio de que a identificação, precoce e intencional, de situações de risco, contribui para a prevenção de incidentes e EA, e promove o desenvolvimento da

⁴Pacote de medidas de impacto; intervenções combinadas (ANVISA, 2013a; ANVISA, 2013b)

cultura de segurança⁵ no ambiente de trabalho.

Um instrumento, orientado por manuais e protocolos com evidência científica, estabelece padrões e critérios de práticas em saúde e, desta forma, promove ações mínimas de segurança no cuidado e contribui para a melhoria da qualidade assistencial, pois permite a conferência de práticas adequadas e, quando não apropriadas, auxilia na identificação precoce de situações de risco, permitindo pronta intervenção e evitando o erro. Esta estratégia facilita a aproximação da assistência prestada com excelência e contribui com a qualidade do cuidado executado pela equipe de saúde, em especial, pela enfermagem, por sua prática profissional de cuidado direto ao paciente.

Desta forma, esta pesquisa direciona o foco para os riscos aos quais os pacientes estão suscetíveis, inserindo uma contribuição para a promoção da segurança por meio de ferramenta que permita, à equipe de enfermagem, checar medidas simples e rápidas de segurança durante o seu turno de trabalho, a cada troca de plantão, ou de acordo com o contexto do serviço. Além disso, o instrumento poderá indicar cuidados desenvolvidos inadequadamente, que levam ao risco de incidentes e EA e direcionar ações corretivas.

Considerando a necessidade de adoção de medidas e intervenções, como instrumentos de checagem, que visem à prevenção de incidentes e danos aos pacientes em decorrência do cuidado prestado, definiu-se a seguinte questão norteadora: “***Quais elementos para a prevenção de incidentes devem compor o instrumento de verificação da segurança do paciente em atendimento de emergência?***”.

A aproximação com o tema segurança do paciente ocorreu durante a trajetória acadêmica, mais especificamente durante a disciplina Assistência de Enfermagem em Saúde do Adulto e Idoso. Naquela oportunidade, foi possível conhecer os riscos que pacientes estão sujeitos quando submetidos ao cuidado em saúde, em especial os pacientes cirúrgicos. E a afinidade foi fortalecida com o desenvolvimento de pesquisa na modalidade de iniciação científica com o foco no Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas da OMS.

A partir dessas vivências percebeu-se a necessidade de contribuições para

⁵Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares (BRASIL, 2013a).

a qualificação da segurança assistencial em saúde. Neste contexto, um ambiente de trabalho vivenciado durante minha formação e que me inquietou foi a assistência de enfermagem ao paciente em emergência. Nesta modalidade, a equipe deve ser capaz de responder mais rapidamente às necessidades dos pacientes, frente à complexidade de seu estado e risco de morte, exacerbado pelo potencial de ocorrência de EA.

Nesse sentido, esta pesquisa justifica-se pela atualidade e importância do tema e pelos esforços globais e nacionais em inserir medidas de prevenção por meio de protocolos e diretrizes (BRASIL, 2014a) para os serviços que prestam cuidados de emergência, uma vez que são unidades em que os pacientes estão altamente em risco de sofrer um EA (FIOCRUZ, 2014). Um instrumento que permite a conferência da realização de ações básicas no cuidado é uma poderosa ferramenta no alcance do atendimento de qualidade e com segurança, minimizando as oportunidades de risco.

Frente ao exposto, o objetivo desta pesquisa foi ***“Construir e validar instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência hospitalar”***..

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para a compreensão da temática da pesquisa são abordados: Contexto da segurança do paciente; Iniciativas mundiais e brasileiras para a segurança do paciente e Agravos por causas externas e serviços de emergência.

2.1 CONTEXTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2011), segurança do paciente refere-se à redução a um mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. É condição diretamente relacionada à qualidade dos serviços prestados, e um cuidado inseguro pode gerar resultados negativos para o paciente (FIOCRUZ, 2014). Essa concepção é histórica e relacionada à precursora da Enfermagem moderna – Florence Nightingale, enfermeira britânica que viveu no século XIX, que estabeleceu preceitos para a profissão e preconizou condutas de organização e higiene no ambiente assistencial, consideradas na atualidade ações iniciais de prevenção de infecções (ANVISA, 2013a; FIOCRUZ, 2014).

Outros personagens históricos contribuíram para a qualidade e a segurança do paciente, como Ignaz Semmelweiss, Ernest Codman e Avedis Donabedian, entre outros. O primeiro tentou implementar a higiene de mãos ao verificar maior incidência de mortes por infecção puerperal entre aquelas atendidas por médicos e estudantes, quando comparadas às atendidas por parteiras. Semmelweiss concluiu que médicos e estudantes de medicina não higienizavam as mãos após realizarem autópsias e em seguida realizavam o parto nas mulheres, gerando infecções e mortes (BEST; NEUHAUSER, 2004).

Codman desenvolveu pesquisas e publicou o resultado das observações relativas aos procedimentos cirúrgicos realizados, considerando tanto os resultados positivos quanto os negativos; defendeu a avaliação para identificar os problemas, melhorar as condições e os resultados do cuidado (NEUHAUSER, 2002). Avedis Donabedian, em 1968, abordou a segurança como uma dimensão da qualidade (DONABEDIAN, 1968; VINCENT, 2009) e preconizou que a avaliação da atenção à saúde relaciona-se a três dimensões: estrutura, processo e resultado. Estrutura refere-se às condições necessárias ao serviço de saúde, como recursos humanos, financeiros, físicos e materiais; processo está relacionado com o desempenho de

trabalho na prestação da assistência, e resultado consiste no produto final do serviço prestado ao paciente (DONALDSON, 1999; BRASIL, 2007a).

As dimensões citadas por Donabedian promovem a avaliação da qualidade, considerando-se os recursos financeiros, os resultados do serviço prestado, a satisfação e a segurança do paciente. Nesse sentido, uma ferramenta utilizada para mensurar o nível de excelência dos serviços em saúde é chamada de indicador e cujos resultados permitem coordenar, avaliar e direcionar ações, refletindo nas situações em saúde e do desempenho dos serviços (OPAS, 2008).

Diante deste contexto, a OMS desenvolveu a *International Classification for Patient Safety* - ICPS, classificação internacional para a segurança do paciente com a definição de conceitos-chaves (OMS, 2009; RUCIMAN *et al.*, 2009), com tradução para o português para *Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. A OMS propõe a adoção desses conceitos a fim de unificar o significado dos termos, uma vez que muitas definições são divergentes, comprometendo a compreensão dos profissionais e das práticas por eles desenvolvidas (OMS, 2011).

Estudo sobre indicadores específicos da segurança do paciente evidenciou que são muitos os termos para designar as dimensões da qualidade (GOUVEA; TRAVASSOS, 2010), dificultando a compreensão da temática segurança do paciente. Em concordância, Mendes (2012) salientou que o emprego de conceitos e traduções relacionados à segurança do paciente deve ser adequado, visto que pode comprometer a compreensão da temática e apresentou termos essenciais para a compreensão da segurança nos cuidados em saúde, os quais muitas vezes são citados como sinônimos, ou descritos de forma errônea. São eles: incidentes, eventos adversos, erros, erros médicos.

Um incidente, segundo a OMS (2011), caracteriza-se por um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em um dano desnecessário ao paciente. Assim, dano desnecessário foi utilizado com sentido de evitável, um incidente que poderia ter sido identificado previamente e impedido de seguir adiante a ponto de alcançar o paciente (MENDES, 2012). Quando o incidente atinge o paciente, mas não causa dano algum é chamado de incidente sem dano. Quando causa dano é chamado de evento adverso ou incidente com dano ao paciente. Um dano pode ter caráter temporário ou permanente e pode ainda levar o paciente a óbito (OMS, 2011).

Um erro é uma falha na execução de uma ação planejada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um planejamento do processo assistencial. Um *near-miss* é a ocorrência de um incidente, mas que foi detectado antes de alcançar o paciente (OMS, 2011).

A ocorrência de um erro na assistência à saúde significa que antes de chegar até o paciente uma gama de eventos antecederam ao erro envolvendo a atuação de diversos profissionais no processo. Quando abordado o erro, atribui-se o caráter de culpa e punição aos profissionais diretamente envolvidos na etapa final do incidente fazendo com que os mesmos tomem a atitude de esconder e não notificar o evento. Além de danos aos pacientes, em muitos casos há o prejuízo profissional quando detectado o responsável pelo evento, uma vez que prevalece a cultura de culpa do profissional e não da identificação das falhas que impedem o pleno desenvolvimento de uma assistência livre de danos.

Para Reason (2000), a assistência com dano devido ao erro humano está relacionada a duas abordagens. A primeira é a pessoal, que está diretamente relacionada com atos inseguros (resultantes de processos mentais: desatenção, esquecimento, negligência, imprudência) e erros dos profissionais. Já a sistêmica traz o ser humano como passível de erros e mesmo nas melhores organizações eles são esperados. Porém, quando estes erros são materializados, é importante verificar como e por que as barreiras que evitam a ocorrência de EA não os evitaram, ao invés de buscar um responsável pelo erro.

No modelo do Queijo Suíço, assim conhecido o modelo multifatorial proposto por James Reason, é demonstrada a ocorrência do erro após sucessivos eventos. O queijo apresenta buracos e várias fatias de queijo inseridas uma ao lado da outra com estes buracos reproduzem sucessivos eventos e oportunidades ao erro. Se nas passagens de um nível a outro (de uma fatia de queijo a outra) os buracos das fatias do queijo se alinharem, o erro acontece. Porém, se a sequência for interrompida por meio da detecção do erro, o evento é evitado (PERNERGER, 2005; FRAGATA, 2010).

Para a promoção da segurança é necessário evitar o erro e as falhas na assistência que levam aos incidentes, com ou sem dano ao paciente, permitido por meio do gerenciamento de riscos que identifica e classifica eventos e situações que desencadeiam o fenômeno (FRANÇOLIN, 2013), para que seja possível, posteriormente, construir ações de prevenção. Ao identificar os riscos, protocolos

clínicos, *checklists* de segurança, formas unitárias de dispensação de medicamentos, entre outros exemplos, são ferramentas e tecnologias desenvolvidas e com potencial para atuar como barreiras que impedem a ocorrência de danos aos pacientes (ANVISA, 2013a; BRASIL, 2014a).

2.2 INICIATIVAS MUNDIAIS E BRASILEIRAS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Estudos e registros acerca da ocorrência de EA iniciaram na década de 1990, a partir da publicação de um relatório norte-americano intitulado “*To err is human*”. Este relatório, ao afirmar a ocorrência de danos aos pacientes ocasionados pela assistência prestada, evidenciou o impacto financeiro com o elevado custo da assistência decorrente destes incidentes enfatizando o prejuízo ao paciente (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999), com danos temporários ou permanentes, irreversíveis e incapacitantes, quando não acarretam a sua morte (OMS, 2009).

Pensar em segurança do paciente a partir de dados alarmantes que impactaram mundialmente exige a atenção da comunidade e instituições que prestam o cuidado em saúde, assim como de órgãos reguladores. Um marco importante na perspectiva da segurança foi realizado pela OMS na 57ª Assembleia Mundial da Saúde em 2004, com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que objetiva a conscientização de atores políticos e de saúde para atuarem no incentivo ao desenvolvimento de políticas públicas de segurança, com vistas à redução de agravos por falhas no cuidado (OMS, 2009), priorizando o bem-estar do paciente.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente criou ações denominadas ‘Desafios Globais para Segurança do Paciente’, a fim de produzir orientações para boas práticas assistenciais. Até o momento foram lançados três desafios, sendo que dois já foram instituídos como programas e aceitos para implantação em vários países, incluindo o Brasil.

O primeiro, de 2005, o programa “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”, focou a higienização das mãos, já que um dos fatores comportamentais de risco à segurança do paciente é a contaminação e a infecção (OMS, 2009). O Segundo Desafio Global, iniciado em 2007, é o “Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, que visa à segurança da assistência cirúrgica (OMS, 2009), com a implantação do

uso de uma lista de verificação cirúrgica. O terceiro desafio, “Enfrentando a Resistência Microbiana”, tem como meta alertar sobre o uso inadequado e indiscriminado de antimicrobianos (WHO, 2012).

Seguindo as orientações da OMS, globalmente os países criaram programas voltados à segurança do paciente, orientados, a princípio, pelos desafios globais. No Brasil, o foco da assistência segura tem permeado o campo dos estudos, assim como das instituições e órgãos que regulamentam os serviços de saúde. Iniciativas de órgãos públicos no campo da segurança do paciente, do gerenciamento de riscos e da qualidade dos serviços de saúde propõem estabelecer melhores estratégias para atuação segura e livre de danos.

No Brasil, iniciativas partiram do estabelecimento de ações de prevenção às Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), em 2007, após, assinatura da declaração de compromisso na luta contra as IRAS (BRASIL, 2014a). Em outubro de 2010, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 42 dispôs sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde do país (BRASIL, 2010).

A partir de 2011, a RDC nº 63 dispôs sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde, estando a seção II destinada à segurança do paciente. O artigo 8 desta resolução aborda ações voltadas para o estabelecimento da segurança, como mecanismos para a identificação do paciente, higiene de mãos, prevenção de quedas e úlceras por pressão, entre outros (BRASIL, 2011).

A política pública brasileira está explicitada no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que visa a uma assistência isenta de incidentes que levam a danos aos pacientes (BRASIL, 2013a), o qual foi instituído pela Portaria ministerial nº 529 de 01/04/13 e está em fase de implantação no país, uma vez que todas as instituições de saúde devem se adequar às normas estabelecidas.

Além de objetivar a contribuição para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território brasileiro, a política estabelece um Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), coordenado pela ANVISA, que é responsável pela promoção de ações de melhoria da segurança do cuidado em saúde, como propor e validar protocolos, manuais, projetos, estudos, entre outros e, principalmente, avaliar o desempenho do PNSP (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, foram apresentadas metas, como os seis passos para o alcance da segurança, incluindo Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, a fim de orientar o desenvolvimento de ações e melhoria da qualidade em saúde (BRASIL, 2013a). Protocolos são estratégias fundamentais que orientam desde o planejamento, a implementação e a avaliação das ações, mas principalmente propõem a padronização das ações e do processo de trabalho, tornando-se importantes adjuvantes no desenvolvimento da qualidade dos serviços prestados (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Estas ferramentas orientam a prática assistencial, incorporam medidas que avaliam o desenvolvimento da prática e proporcionam o desenvolvimento da segurança (BRASIL, 2014a).

Os primeiros protocolos foram aprovados pela Portaria do MS brasileiro nº 1377 de 9 de Julho de 2013, e orientam para uma prática, incluindo ações para Cirurgia Segura, Higiene das Mãos e Prevenção de Úlceras por Pressão (BRASIL, 2013c). Já na portaria ministerial nº 2095, de 24 de Setembro de 2013, os protocolos implantados foram os de Prevenção de Quedas em pacientes hospitalizados, Identificação e Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (BRASIL, 2013d). Estes protocolos devem compor os planos de segurança do paciente dos estabelecimentos em saúde, cuja implantação se deve à magnitude dos incidentes decorrentes do cuidado em saúde e por ser uma intervenção de baixo custo para as instituições (FIOCRUZ, 2014).

Ao instituir ações, a RDC nº 36 criou os Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos Serviços de Saúde, adicionando a notificação de EA e exigindo que as instituições de saúde do país estabeleçam os referidos núcleos para supervisionar as ações de segurança na assistência (BRASIL, 2013a).

Um protocolo assistencial como estratégia de segurança, além de abordar evidências científicas atuais, normas, regulamentos e legislações vigentes, orienta práticas em saúde.

Um serviço de saúde é definido como um estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis (BRASIL, 2013a). Todo serviço de saúde, inclusive os que prestam atendimentos de emergência, deve estabelecer ações em função da promoção da segurança do paciente, com estratégias essenciais para a não ocorrência de EA.

São estratégias a identificação do paciente e a sua conferência, orientações para a higienização das mãos, ações para segurança cirúrgica, prevenção de queda, administração segura de medicamentos e hemocomponentes, entre outros (BRASIL, 2013a).

Mediante esse contexto, considera-se que o cenário da emergência é um ambiente crítico e de riscos potenciais aos pacientes frente às características do atendimento, do tipo e da gravidade dos pacientes atendidos e do aumento de agravos à saúde por causas externas.

2.3 AGRAVOS POR CAUSAS EXTERNAS E SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Ao longo dos anos, com o aumento populacional e da violência urbana, há maior procura dos serviços de atenção à saúde em situações de emergência. Uma unidade de emergência é destinada a prestar atendimento imediato aos doentes em condições de agravo à saúde que implica sofrimento intenso ou risco iminente de morte. Urgência é considerada uma ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial a vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata (BRASIL, 2014b).

Causas externas são definidas como os agravos à saúde desencadeadores ou não de morte. Podem ser acidentais, como envenenamentos, acidentes de trânsito, afogamentos, quedas ou causas intencionais, tais como as agressões físicas (BRASIL, 2005). O cenário urbano em desenvolvimento é responsável por grande parte do aumento das causas externas, visto que está relacionado aos contextos social, econômico e político de um país e consiste em grande preocupação social (PHEBO; MOURA, 2005).

Os eventos acima citados desencadeiam elevada magnitude e impacto na mortalidade por causas externas e na demanda de trabalho nos serviços de saúde, sendo considerado grave problema de saúde pública no mundo. Entre os anos de 1980 e 2011 ocorreu cerca de um milhão de óbitos por acidentes de trânsito nas vias públicas do Brasil, sendo que a categoria de motociclistas teve maior destaque, segundo mapa da violência de 2013 (WASELFISZ, 2013). Agressões e acidentes de trânsito são as principais causas de óbitos por causas externas no Brasil (MATOS; MARTINS, 2013).

O MS do Brasil, ao fazer uma análise situacional de saúde no país, demonstrou que os índices de mortalidade por causas externas vêm aumentando. Em 1930 eram 3% e em 2010 atingiram 12,9%, representando o 3º lugar no ranking de causas de óbito na população brasileira, com destaque às agressões (violências) e acidentes por transporte terrestre (BRASIL, 2012). Neste contexto, Poll, Lunardi e Lunardi Filho (2008) afirmam que esse cenário reflete-se nos serviços de atendimento de emergência sendo necessário, portanto, que os profissionais busquem aprimorar o conhecimento para atender a crescente demanda da população.

Além da questão relativa à superlotação, os serviços de emergência possuem características específicas que se tornam desvantagens no atendimento ao paciente, visto que sobrecarregam, de alguma forma, os profissionais. O processo de trabalho em pronto-socorro conta com imprevisibilidade de situações e gravidades que requerem ações imediatas e de qualidade. A atividade ininterrupta e a escassez de recursos humanos, principalmente em períodos noturnos, contribuem para essa complexidade (COELHO *et al.*, 2010; OHARA; MELO; LAUS, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2011; SANTOS; LIMA, 2011), com potencial aumento do risco de incidentes.

Ademais, essas unidades têm desenvolvido atendimento para outros agravos de saúde que podem e deveriam ser atendidas em outro nível de atenção, como por exemplo, na atenção primária à saúde (OHARA; MELO; LAUS, 2010). Pacientes que não necessitam de atendimento devido a risco de morte ou complicações imediatas buscam o atendimento em serviços de emergência hospitalar por considerar que nestes estabelecimentos há mais recursos do que nas unidades básicas de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2011). Estes casos são fatores que desencadeiam estresse e sobrecarga dos profissionais, além de impedir uma boa qualidade de atendimento aos pacientes (BARBOSA *et al.*, 2009; OHARA; MELO; LAUS, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Em 2012, Acosta e Lima (2015) realizaram estudo por meio de método misto, com coleta de dados em prontuário e com entrevistas semiestruturadas em que um dos objetivos foi identificar o perfil dos usuários de um serviço de emergência. Seus resultados demonstraram que há uma parcela de usuários atendidos nos serviços de emergência que podem ser acompanhados em outro nível

assistencial, como atenção primária, o que contribui para o aumento da demanda nestes serviços.

Com relação à infraestrutura e aos recursos materiais evidencia-se falta de materiais para a segurança do funcionário, assim como equipamentos que funcionem adequadamente para a prestação dos cuidados (BARBOSA *et al.*, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2011), os quais não colocariam o paciente em risco. A organização é outro fator característico que influencia na qualidade do atendimento e observa-se que há déficit na organização gerencial dos serviços de emergência, com destaque para falhas de registros do cuidado realizado, incidentes relativos ao fornecimento de recursos materiais, falta de monitoramento da assistência prestada. Todas são atribuições cabíveis ao enfermeiro (BARBOSA *et al.*, 2009; PARANAGUÁ *et al.*, 2014).

Nesse sentido, medidas de intervenção na assistência, como instrumentos de checagem, contribuem para a orientação de tarefas de complexidade e repetição; promoção da comunicação entre a equipe multiprofissional e registro de informações essenciais, contribuindo para a prevenção de incidentes evitáveis (OMS, 2009; FRAGATA, 2010).

Estudo realizado em um hospital de Recife, em 2009, objetivou identificar a opinião de enfermeiros sobre um instrumento baseado na sistematização da assistência para uso em setor de emergência e evidenciou que o uso da ferramenta contribui no trabalho, facilita o planejamento das ações da enfermagem, faz melhorias na autonomia do profissional, na qualidade do cuidado e na comunicação entre a equipe, pois ressalta-se que nesse cenário de trabalho a assistência tem sido pouco documentada, o que compromete o planejamento e a qualidade do cuidado (MIRANDA *et al.*, 2012).

Diante da necessidade de criar instrumentos que orientem práticas seguras destaca-se a importância da construção por meio de protocolos, diretrizes e manuais com vistas à padronização de ações e destacam-se, nesta pesquisa, o uso dos protocolos básicos para a segurança do paciente abordados no Referencial Teórico-Metodológico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este capítulo contempla a fundamentação teórica que sustentou o desenvolvimento da pesquisa nos aspectos da construção e da validação do instrumento.

3.1 PROTOCOLOS PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

Protocolos são ferramentas que contemplam práticas seguras de cuidado baseadas em evidências. Protocolos e diretrizes são capazes de modificar a realidade e promover a segurança do paciente se inseridos e utilizados na rotina dos profissionais (ANVISA, 2013).

Os protocolos voltados para a área clínica, elaborados com ações de prevenção, promoção e educação a fim de direcionar o cuidado e a atenção à saúde, são denominados protocolos clínicos e contemplam estratégias para enfrentar determinados problemas em saúde, pela adoção de ações ou tecnologias eficazes (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009). Nesse contexto, a Portaria nº 529 de abril de 2013 discorre:

Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2013a; p.43).

Os NSP, por sua vez, devem criar e validar protocolos, além de outras tecnologias e ferramentas, a fim de promover a segurança do paciente. Estas estratégias atentam para as seguintes áreas: infecções relacionadas à assistência à saúde; procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia; prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; processos de identificação de pacientes; prevenção de quedas e de úlceras por pressão. Essas áreas inspiraram a criação de protocolos no contexto do PNSP e norteiam as ações no contexto nacional.

Nesse sentido, estes protocolos fundamentam esta pesquisa na construção do instrumento proposto, sendo abordados a seguir.

3.1.1 Protocolo de Identificação do Paciente

Identificar o paciente se refere ao ato de reconhecer a sua identidade de modo que assegure o cuidado a quem realmente se destina e evitar incidentes decorrentes da sua negligência. Falhas na identificação são responsáveis por inúmeros incidentes, como erro de administração de medicamentos e de diagnóstico e tratamento, realização de procedimentos cirúrgicos em paciente errado e outros (BRASIL, 2014a).

Nesse sentido, estudos sobre ocorrência de algum destes eventos têm sido desenvolvidos ao longo dos anos para estimar um diagnóstico situacional global nas instituições de saúde. A partir do momento em que o paciente é admitido num serviço de saúde, principalmente hospitalar, o percurso no serviço até a sua alta é longo e nesse período diversos erros podem acontecer (BRASIL, 2013d) em todas as etapas de diagnóstico e tratamento.

Fatores como o estado do nível de consciência dos pacientes, ausência do uso da pulseira de identificação ou identificação da mesma ilegível; ausência de conferência dos dados do paciente pelos profissionais antes da realização de algum procedimento (TASE *et al.*, 2013), equívocos ocasionados no cadastro dos pacientes, ausência de padronização na identificação dos pacientes, entre outros (ANVISA, 2013), são potenciais para o risco de incidentes.

Nos EUA estima-se que 850 pacientes por ano recebem transfusão sanguínea que era destinada a outra pessoa e que em torno de 20 pacientes morrem em decorrência disso. Esse tipo de erro acomete cerca de 1 a cada 1000 transfusões, com a identificação incorreta da bolsa responsável por dois terços dos casos de transfusão errada (SCHULMEISTER, 2008).

Diante de potenciais riscos de incidentes o protocolo visa uma adequada identificação do paciente em todos os serviços de saúde, que deve abranger o uso de pulseiras de identificação e demais dispositivos que possuam esta função; exemplos as placas de identificação no leito e etiquetas identificadoras (BRASIL, 2013d). O risco decorrente de uma incorreta ou ineficaz identificação incorre em incidentes como erro de medicação, troca de paciente ou procedimento, atrasos ou

erros diagnósticos, laboratoriais e transfusionais, entre outros. Como prevenção, medidas intervencionistas contemplam (BRASIL, 2013d):

1. Identificar os pacientes corretamente, processo que inclui a inserção de uma pulseira de identificação padrão na cor branca, em membro superior – punho, de preferência nos adultos, e em membro inferior – tornozelo, em recém-nascidos (RN) e em pacientes adultos quando não for possível inseri-la no punho. A pulseira deve conter no mínimo dois identificadores como nome completo, data de nascimento, nome da mãe, número do prontuário, todos legíveis, com impressão durável, impermeável, segura, inviolável; e devem ser ajustáveis em tamanho a fim de melhor adequar aos pacientes (RN, crianças, adultos magros ou obesos).

A identificação do RN se dá pela informação do nome da mãe e do prontuário do RN e outros dados preconizados pela instituição. Outros identificadores podem ser utilizados quando não há disponibilidade de dados sobre a identidade do paciente, podendo identificá-lo por características físicas marcantes, presença de tatuagens, número do prontuário, sexo e raça.

2. Orientar paciente, acompanhante, familiar e cuidador sobre o uso da pulseira como medida de promoção da identificação correta, cuja conferência deve ser realizada antes da realização de qualquer procedimento no paciente. Da mesma forma, antes do profissional realizar qualquer cuidado, este deve informar ao paciente o que irá realizar, confirmar a identificação do paciente e conferir os dados da pulseira. Devem-se confirmar estes dados antes de cuidados como administração de medicamentos, sangue e hemoderivados; entrega de dieta; na coleta de material para exames; antes de realizar algum procedimento invasivo, entre outros. Em casos de administração de sangue, hemoderivados, dieta, medicamentos, deve-se realizar também a checagem dos dados na rotulagem dos mesmos com as da pulseira do paciente.

A identificação ocorre na admissão do paciente e deve contemplar todos os pacientes em todas as unidades do serviço até a alta hospitalar. Alguns casos são especiais quanto ao uso da pulseira como no caso de grandes queimados, mutilados e politraumatizados, portanto, o serviço deve melhor se adequar com relação a eles. Em casos com situações de edema, dispositivos vasculares, entre outros, deverá ser adotado o rodízio de membros conforme a necessidade clínica (BRASIL, 2013d).

Para a transferência dos pacientes, seja de um serviço a outro, seja da ambulância ao serviço, a identificação deve conter um identificador adicional como o

endereço do paciente, pois o número do prontuário difere nas instituições, não cabendo ser um marcador numa transferência. Quando o paciente for morador de rua, deve-se inserir o máximo de informações, como local, horário e registro do resgate, além das descrições físicas do mesmo (BRASIL, 2013d). Deve-se atentar para a integridade das informações contidas na pulseira, placas e demais ferramentas de identificação, assim como a manutenção destas ferramentas.

As instituições devem ter mecanismos de notificação para cada incidente envolvendo identificação do paciente e, a partir destas notificações, monitorar os indicadores: a) número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente e b) proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os atendidos nas instituições de saúde (BRASIL, 2013d).

3.1.2 Protocolo na Segurança da Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

Estudos acerca de EA em ambiente hospitalar demonstraram que os relacionados à medicação são comuns (BAKER *et al.*, 2004; MENDES *et al.*, 2009) e causam prejuízos econômicos para o sistema de saúde (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999). Estimativas de morte decorrentes destes eventos compreendem cerca de 7.000 ao ano, nos EUA (PHILLIPS; CHRISTENFELD; GLYNN, 1998). No Brasil, não há dados publicados sobre a incidência de óbitos relacionados a erros de medicação (BRASIL, 2013d).

Supõe-se que erros relacionados ao processo de medicação são frequentes e nesse sentido é importante investigar e adotar estratégias de segurança no uso de medicamentos (BRASIL, 2013d). Na prescrição medicamentosa deve ser considerada a classificação da prescrição (BRASIL, 2013d) como, por exemplo, se de urgência ou não, e sua origem, que pode ser ambulatorial, hospitalar ou de qualquer outro estabelecimento de saúde.

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÕES DE PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

CLASSIFICAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	DEFINIÇÃO
Urgência/emergência	Necessidade do início imediato
<i>Pro re nata</i> ou caso necessário	Tratamento administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente
Baseada em protocolos	Quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão. Ex: quimioterapia antineoplásica
Padrão	Aquela que inicia um tratamento sem data estabelecida de fim, até que o prescritor o interrompa
Padrão com data de fechamento	Quando indica o início e fim do tratamento. Ex: prescrição de antimicrobianos
Verbal	Em situações de emergência, com prescrição escrita posteriormente.

FONTE: BRASIL (2013d)

O protocolo do MS propõe intervenções para a promoção de ações seguras (BRASIL, 2013d):

- a) Identificação do paciente com nome seu completo, endereço e data de nascimento, número do prontuário ou registro do atendimento, leito, serviço enfermagem/apartamento e andar/ala;
- b) Identificação do prescritor: nome completo, número de registro do conselho profissional e assinatura;
- c) Identificação da instituição na prescrição com nome, endereço completo e telefone;
- d) Identificação da data de prescrição: para conferir validade. É essencial a presença para a dispensação e a administração dos medicamentos, e a falta de conferência da suspensão, por exemplo, evidencia causas de permanência do uso da medicação por tempo inadequado ou sem indicação clínica. Pode resultar em tratamento finalizado antes do período não promovendo a ação que deveria, ou então sensibilizando o paciente devido ao excesso do uso da medicação;
- e) Legibilidade das prescrições, caso contrário podem desencadear erros como troca de medicações por nomes semelhantes, por exemplo.
- f) Não usar abreviaturas. Quando necessária, a instituição deverá padronizá-las;
- g) Denominação dos medicamentos: os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional;
- h) Fazer uso de estratégias em caso de prescrição de medicamentos com nomes semelhantes: destacar a escrita da parte do nome que difere de outras medicações. Exemplo: DOPamina e DOBUtamina;

i) Adotar sistema métrico para medir as doses desejadas: evitar e/ou eliminar unidades de medidas como colher, ampola, frasco das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido) deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

Com relação à posologia, diluição, velocidade de infusão e via de administração recomenda-se (BRASIL, 2013d):

- a) Posologia: deve ser prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente;
- b) Diluição: a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão;
- c) Velocidade de infusão: inserir na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção;
- d) Via de administração: prescrita de forma clara, observando-se a recomendada pelo fabricante do medicamento.

Quando necessária a modificação da prescrição deverá ser clara, legível e ser modificada em todas as vias; as verbais devem ser restritas a situações de emergência. De maneira geral, a prescrição de medicamentos deve conter o nome do medicamento, concentração, forma farmacêutica, dose, diluente, volume, posologia, via de administração, velocidade de infusão e orientações de uso (BRASIL, 2013d).

Para o monitoramento de ações seguras durante todo o processo de medicação, na presença de eventos adversos os casos devem ser notificados, o que resulta na presença de indicadores: taxa de erros na prescrição ou administração de medicamentos, dados obtidos por meio dos registros de enfermagem ou de notificação de eventos adversos (BRASIL, 2013d).

O tipo de prescrição (manual ou digitalizada) e o sistema de distribuição adotado pela unidade ou instituição (coletivo, individualizado, misto, dose unitária, sistema automatizado) vão influenciar na frequência de erros e eventos adversos. Na distribuição e dispensação de medicamentos a farmácia deve fornecê-los em tempo, na dose certa, manipulados de maneira segura, com checagem e confirmação dupla dos medicamentos, identificação de medicamentos potencialmente perigosos e suas recomendações; atentar para dose, forma

farmacêutica, concentração, via de administração, posologia, diluente, velocidade e tempo de infusão, indicação, contraindicação, duplicidade terapêutica, interação medicamento-medicamento e medicamento-alimento; possíveis alergias, entre outros (BRASIL, 2013d).

O indicador para a dispensação segura de medicamentos é a taxa de erros na separação ou dispensação de medicamentos, com periodicidade mensal de avaliação (BRASIL, 2013d).

Como intervenções seguras na administração de medicamentos é necessário que a equipe de enfermagem siga os seguintes certos (BRASIL, 2013d):

- I. Paciente certo: perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento ou verificar os dados na pulseira de identificação e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.
- II. Medicamento certo: conferir nome do medicamento com a prescrição; conferir se o paciente não possui alergia.
- III. Via certa: identificar a via prescrita e se é a mais indicada para o medicamento; higienizar as mãos antes do preparo da medicação; verificar prescrição de diluente e a velocidade de infusão, identificar a conexão e a via correta no paciente.
- IV. Hora certa: preparar o medicamento de acordo com o horário de administração.
- V. Dose certa: conferir a dose prescrita para o medicamento.
- VI. Registro certo da administração: do horário da administração, com checagem posteriormente da realização ou não.
- VII. Orientação correta: sobre o medicamento, seu uso, efeitos e outras dúvidas.
- VIII. Forma certa: checar se a forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.
- IX. Resposta certa: verificar se o medicamento está fazendo o efeito esperado e registrar.

3.1.3 Protocolo para a Prática de Higiene das Mãos em Serviços de Saúde

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são um grave problema de saúde no Brasil, acarretam aumento de custos hospitalares onerando o sistema de saúde e elevam as taxas de morbimortalidade dos pacientes (OMS, 2008a). Nos países latino-americanos 37,1% dos eventos adversos são decorrentes de infecções relacionadas a cuidados de saúde (ARANAZ-ANDRÉS, 2011), sendo

no Brasil o evento adverso evitável de maior incidência (MENDES, 2013). Nesse sentido, iniciativas de higienização de mãos são colocadas em prática, uma vez que é uma medida de eficácia comprovada na prevenção das infecções (OMS, 2008b).

Higienizar as mãos é uma ação simples, individual, menos dispendiosa para prevenção de propagação de IRAS (BRASIL, 2007b) com vistas à segurança de pacientes e profissionais envolvidos no processo de cuidado (BRASIL, 2013c). O termo envolve três processos diferentes (BRASIL, 2010) e as recomendações de quando devem ser realizadas (BRASIL, 2009):

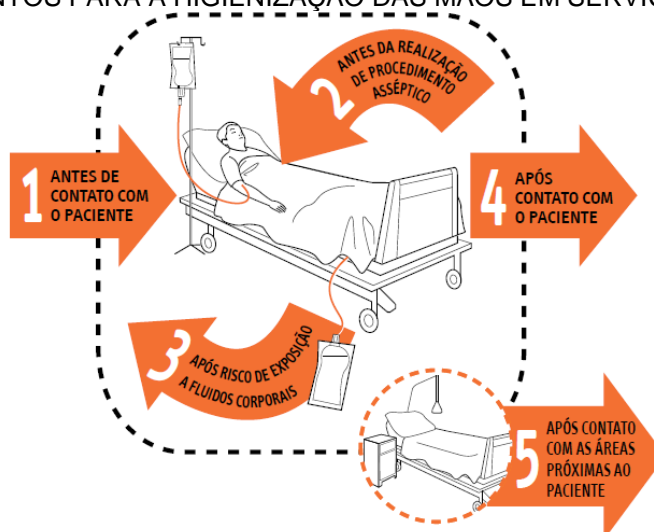
a) Higiene simples das mãos com água e sabonete líquido: realizada sempre que as mãos apresentarem-se visivelmente sujas, após o uso de sanitário, após exposição a patógenos, quando impossibilidade do uso do álcool 70%.

b) Higiene das mãos com água e sabonete associado a um agente antisséptico: recomendada para caso de precauções de contato e surtos. A higienização antisséptica remove sujidades, microbiota transitória da pele e diminui a presença de microbiota residente das mãos por meio do uso do antisséptico. Ela deve durar entre 40 a 60 segundos e a técnica é a mesma para a higienização simples das mãos, porém com a substituição do sabonete líquido pelo antisséptico que pode ser degermante (OMS, 2008a).

c) Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: reduz microrganismos, não há necessidade de enxágue ou secagem posterior. A preparação alcoólica composta por 60 a 80% de álcool reduz microrganismos; pode ser solução em gel, espuma ou outras formas com concentração de 70% de álcool. O uso é recomendado quando visivelmente as mãos não estiverem sujas, antes e após contato com o paciente, após retirada de luvas. A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica reduz a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido e deve durar de 20 a 30 segundos para ser eficaz.

A OMS (2008a) preconiza cinco momentos em que as mãos devem ser higienizadas para prevenir infecções cruzadas, conforme Figura 1.

FIGURA 1 – OS 5 MOMENTOS PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE



FONTE: OMS (2008a); ANVISA (2013a)

Com vistas à melhoria da qualidade da higienização das mãos com recomendações e ferramentas para aplicação na prática dos serviços em saúde a OMS desenvolveu a Estratégia Multimodal para a Melhoria da Higienização das Mãos e contempla (OMS, 2008b):

QUADRO 2 – MELHORIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Mudanças de sistema: infraestrutura adequada por meio de acesso dos profissionais a sabonete líquido, papel toalha, fornecimento de água, preparações alcoólicas nos pontos de assistência.
Educação e treinamento: capacitar os profissionais com base nos 5 Momentos de para a Higienização das Mãos
Avaliação e retroalimentação: monitorar as práticas de higiene das mãos e a infraestrutura, assim como o conhecimento entre os profissionais da saúde com devolutiva dos resultados de desempenho.
Lembretes no local de trabalho: alertar os profissionais quanto à importância da higienização das mãos e sobre os procedimentos adequados para realizá-la.
Clima de segurança na instituição: promover ambiente seguro, com sensibilização de profissionais e o aprimoramento da técnica.

FONTE: OMS (2008b)

NOTA: Pontos de assistência: local onde há presentes paciente, profissional de saúde e a assistência ou tratamento.

Os indicadores de desempenho relativos à prática de higiene das mãos referem-se ao consumo de preparação alcoólica, o volume consumido de sabonete líquido e o percentual de adesão dos profissionais à higiene das mãos. Com os indicadores, permite-se monitorar o desempenho dos estabelecimentos e a implementação de novas ações para a prática à higiene de mãos e, consequentemente, da prevenção às IRAS.

3.1.4 Protocolo de Cirurgia Segura

Estudo realizado em 56 países evidenciou que ocorrem entre 187-281 milhões de cirurgias anualmente, o que representa uma cirurgia a cada 25 pessoas (WEISER *et al.*, 2008). Complicações operatórias são causas comprovadas de danos aos pacientes e óbito (OMS, 2009) e dentre os eventos adversos, cirurgias em sítio cirúrgico errado são comuns e recorrentes, abalando a confiança dos pacientes nos serviços de saúde (BRASIL, 2013c). Cirurgia em local errado é mais comum em sítios anatômicos com dupla lateralidade (OMS, 2009).

Revisão sistemática que buscou verificar os danos evitáveis decorrentes de eventos adversos cirúrgicos evidenciou que 14,4% dos pacientes cirúrgicos são acometidos por um evento adverso, com 3,6% dos eventos fatais (ANDERSON *et al.*, 2013). No Brasil, estudo desenvolvido em hospitais do Rio de Janeiro evidenciou incidência de 3,5% de eventos adversos cirúrgicos com mais de 68% destes eventos evitáveis (MOURA; MENDES, 2012).

Diante deste cenário, faz-se essencial o uso de medidas que promovam a segurança do paciente em ambiente cirúrgico, e nesse sentido uma boa comunicação entre a equipe cirúrgica mostra-se de grande valia para o sucesso do procedimento. No pós-operatório, por exemplo, há a troca de informações sobre o procedimento e o estado do paciente e falhas no processo de comunicação podem acarretar prejuízos para o paciente, para a equipe e para a instituição (FIOCRUZ, 2014).

Diante deste contexto, a OMS (2009) elaborou uma Lista de Verificação Cirúrgica para ser utilizada em todas as instituições de saúde e foi testada em oito países, evidenciando queda de complicações pós-operatórias com a adoção desta ferramenta (HAYNES *et al.*, 2009). Nesse sentido, esta estratégia está sendo utilizada no mundo a fim de diminuir eventos adversos cirúrgicos, uma vez que a lista de verificação é um instrumento simples e adaptável a qualquer realidade institucional (FIOCRUZ, 2014).

Esta lista de verificação, instrumento do Protocolo para Cirurgia Segura, é composta por um grupo de itens/componentes implantados com o intuito de implementar ações de segurança e que reduzam os incidentes; ações que, ao serem

verificadas e checadas, podem evitar a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos (FIOCRUZ, 2014).

A lista de verificação da OMS contém três fases com itens de checagem, em que cada fase refere-se a uma etapa específica do procedimento operatório. Um profissional de saúde participante da cirurgia ou apenas nomeado responsável é encarregado de fazer a checagem de todas as atividades antes de prosseguir para a fase seguinte. A seguir estão descritas as etapas de checagem (OMS, 2009; BRASIL, 2013c):

Etapa 1 – Antes da indução anestésica

Primeiramente são checados e confirmados pelo condutor os itens relativos ao paciente e ao procedimento: confirmação do nome do paciente com o próprio paciente, quando possível, ou com o responsável legal quando for menor de idade; do procedimento cirúrgico e do local da cirurgia; verificar assinatura dos termos de consentimento da cirurgia e do procedimento anestésico.

Em seguida confirma-se a demarcação do sítio operatório em local cirúrgico correto quando o procedimento envolver bilateralidade como de membros ou órgãos; esta deve ser feita com caneta dermatográfica e evita-se o símbolo 'x' selecionando um que seja padrão da instituição.

Verifica-se, com o anestesiológico, a conclusão da segurança anestésica; o funcionamento do monitor de sinais vitais multiparamétrico; o conhecimento dos profissionais sobre alergias do paciente e possibilidades de complicações relativas à perda sanguínea e vias aéreas difíceis, além do risco de aspiração.

Etapa 2 – Antes da incisão cirúrgica

Etapa também denominada 'Pausa Cirúrgica', uma vez que a equipe pausa a continuação dos procedimentos para realizar a apresentação de cada membro da equipe; a confirmação do procedimento, do paciente e do sítio operatório; a revisão do planejamento para a cirurgia; a confirmação do uso de antimicrobianos há até 60 minutos antes da incisão operatória e a confirmação de todos os exames necessários para a realização da cirurgia.

Etapa 3 – Antes do paciente sair da sala de cirurgia

A equipe cirúrgica revisará a cirurgia com a conclusão da contagem de compressas e instrumentais utilizados; a identificação de amostra cirúrgica obtida; o funcionamento inadequado de equipamentos ou outros problemas que influenciam

na cirurgia segura; e a revisão do planejamento de cuidados pós-operatórios e pós-anestésicos dos pacientes.

Como indicadores passíveis de serem mensurados por via da lista de verificação cirúrgica há: o percentual de pacientes que recebeu antibioticoprofilaxia no momento adequado; o número de cirurgias em local errado; o número de cirurgias em paciente errado; o número de procedimentos errados; a taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco; e a taxa de adesão à Lista de Verificação.

3.1.5 Protocolo de Prevenção de Quedas

O protocolo de prevenção de quedas da ANVISA/Ministério da Saúde propõe a redução de queda de pacientes hospitalizados durante o período de internamento por meio de ações que contemplem a avaliação de risco do paciente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro e promovam a educação do paciente, familiares e profissionais (BRASIL, 2013d).

A queda é a segunda causa de morte acidental ou não intencional no mundo, sendo os idosos os que mais sofrem quedas (WHO, 2012); é o evento mais referido pelos profissionais e são eventos evitáveis (FIOCRUZ, 2014). As estatísticas de quedas variam, com estimativas entre 3 a 5 a cada 1000 pacientes-dia em hospitais de países desenvolvidos e, nesse sentido, Oliver, Healey e Haines (2010) não consideram uma única evidência científica neste caso, uma vez que cada índice de queda está relacionado a um fator desencadeador. Estudo brasileiro que caracterizou os eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro apontou que os danos aos pacientes decorrentes de uma queda em ambiente hospitalar são responsáveis em 7,7% dos casos de EA (MENDES, *et al.*, 2013).

Pacientes caem por múltiplos fatores ou fatores combinados. As quedas podem estar relacionadas a fatores intrínsecos quando ligados à doença do paciente e à idade avançada, por exemplo; ou a fatores extrínsecos quando os sintomas forem desencadeados por medicamentos os quais os pacientes fazem uso, ou por causas relativas ao ambiente – tapetes, desníveis no ambiente e outros (HEALEY *et al.*, 2007).

Há maior risco de queda em pacientes idosos, uma vez que possuem vários fatores limitantes. Como consequência, quedas desencadeiam aflição, perda de

confiança e medo de cair novamente, diminuição da independência do paciente, sequelas da queda anterior, aumento dos custos assistenciais e período de hospitalização, onerando o sistema de saúde (HEALEY *et al.*, 2007; ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Preconiza-se a seguinte definição para queda: deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, causando ou não dano, com múltiplos fatores desencadeadores tendo como desfecho o paciente no chão ou quando este chega a se apoiar não chegando a atingir o chão. A queda pode ser da mesma altura, da maca, de cadeiras de rodas, poltronas, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, entre outros (BRASIL, 2013d). As quedas são um evento traumático, de natureza multifatorial, involuntário e inesperado que gera transtornos para o paciente, o familiar, o cuidador, a equipe de saúde e a sociedade (ALMEIDA; ABREU; MENDES, 2010).

Diante deste contexto, as intervenções na prevenção de quedas abrangem a avaliação do risco de queda, o uso de ações de prevenção e as estratégias de notificação e monitoramento. Na avaliação do risco de cair, além do risco iminente, são verificados e identificados fatores que podem agravar a condição do paciente caso o evento aconteça. Esta avaliação é realizada na admissão hospitalar e repetida diariamente até a sua alta (BRASIL, 2013d). Quando é identificado o risco de queda do paciente é necessário sinalizar com uma identificação própria de risco de queda com o uso de uma placa, por exemplo, que é uma medida visualmente eficaz. Alguns fatores de risco para queda estão elencados no quadro 3.

QUADRO 3 – FATORES DE RISCO PARA QUEDA E MEDIDAS PREVENTIVAS

FATORES DE RISCO	EXEMPLO DE FATORES	MEDIDAS PREVENTIVAS
Extremos de idade	Inferior a 5 anos e acima de 65	
Alterações psico-cognitivos	Depressão, ansiedade	- Alocar o paciente em leito próximo à equipe de enfermagem - Orientar o paciente que solicite a ajuda do profissional para se levantar do leito
Condição clínica e presença de doenças crônicas (DC), e outras doenças	Tontura, convulsão, anemia, incontinência ou urgência urinária, AVC, artrite, doenças metabólicas, obesidade severa	- Orientar o paciente que solicite a ajuda do profissional para se levantar do leito

continua

QUADRO 3 – FATORES DE RISCO PARA QUEDA E MEDIDAS PREVENTIVAS

conclusão

Que afetam a funcionalidade, que comprometem membros inferiores (MMII) e promovem dificuldade no desenvolvimento das atividades independentemente; e que afetam o equilíbrio corporal	Amputação, fraqueza muscular e articular, deformidades nos MMII, uso de dispositivos para auxiliar na deambulação, e outros	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar o paciente que solicite a ajuda do profissional para se levantar do leito - Alocar os equipamentos mais próximos do paciente - Avaliar o nível de dependência e autonomia do paciente
Comprometimento dos sentidos	Visão, audição ou tato	Orientar o paciente que solicite a ajuda do profissional para se levantar do leito
Medicamentos que podem interferir na concentração, no estado de sono, no equilíbrio corporal, na urgência miccional	Antipsicóticos, diuréticos, laxativos, antidepressivos, entre outros	<ul style="list-style-type: none"> - Revisar os medicamentos prescritos - Orientar os pacientes e os acompanhantes sobre os medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais
Histórico de queda	Quedas anteriores em menos de um ano	<ul style="list-style-type: none"> - Alocar o paciente em leito próximo à equipe de enfermagem - Avaliar nível de confiança do paciente para deambular; e independência

FONTE: BRASIL (2013d)

Na avaliação, os pacientes são classificados em pacientes com alto ou baixo risco de queda, conforme descrito no quadro 4.

QUADRO 4 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE QUEDA

PACIENTE COM ALTO RISCO DE QUEDA	PACIENTE COM BAIXO RISCO DE QUEDA
Independente, se locomove e realiza atividades sem auxílio, mas possui um fator de risco	Paciente acamado, restrito ao leito, totalmente dependente, com ou sem fatores de risco
Dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem presença de fator de risco. Anda com auxílio – de terceiros ou dispositivos; ou paciente que se locomove em cadeira de rodas.	Paciente independente e sem fator de risco
Paciente acomodado em maca aguardando atendimento, realização de exames ou transferência; com ou sem fatores de risco	

FONTE: BRASIL (2013d)

Para identificar o risco de queda dos pacientes são utilizadas escalas que mensuram o grau de risco de queda por meio dos fatores de risco apresentados pelos pacientes, sendo as mais utilizadas a escala de *Morse* e a *St Thomas Risk Assessment Tool in the Falling Elderly (STRATIFY)* (BRASIL, 2013d). Estas escalas permitem prever o evento e iniciar medidas de prevenção a partir da evidência do risco.

Para prevenir um incidente relacionado à queda é necessário um ambiente físico seguro em que os pisos sejam antiderrapantes, os espaços sejam livres de obstáculos, os mobiliários sejam adequados e organizados no ambiente, a iluminação seja adequada, entre outros. Deve-se promover a conscientização dos pacientes, familiares e cuidadores quanto ao risco, à prevenção e à notificação em caso de queda; explicar adequadamente quais fatores de risco os pacientes possuem e orientar quanto às medidas preventivas nestes casos. Quando ocorre a queda esta deve ser notificada e o paciente avaliado imediatamente. Posteriormente deverá ocorrer uma reavaliação devido à queda e também em caso de transferências de setor ou em mudanças de quadro clínico do paciente (BRASIL, 2013d).

Os indicadores para queda contemplam a proporção de pacientes com avaliação de risco na admissão, o número de quedas com dano e sem dano e o índice de quedas, representado pela equação: $[(n^{\circ} \text{ de eventos} / n^{\circ} \text{ de paciente-dia}) * 1000]$ (BRASIL, 2013d).

3.1.6 Protocolo de Prevenção de Úlcera por Pressão

O protocolo institui ações de prevenção a lesões de pele e úlceras por pressão (UPP) em decorrência do período de hospitalização do paciente, condição que aumenta proporcionalmente a fatores de risco como idade avançada, mobilidade física debilitada, restrição ao leito, condição nutricional e outros (BRASIL, 2013d; ANVISA, 2013).

A avaliação constante da pele do paciente e a inserção de práticas preventivas de cuidado são essenciais no combate às lesões de pele e, principalmente, às UPP, uma vez que estas últimas acarretam em danos aos pacientes, familiares e sistema de saúde. As UPP causam sofrimento, dor, são suscetíveis a infecções que agravam ainda mais o quadro clínico, aumentam o tempo de permanência em ambiente hospitalar, dificultam o restabelecimento da saúde e pode estar associada ao óbito do paciente (BRASIL, 2013d).

No Brasil, estudo acerca da incidência de UPP em um hospital universitário evidenciou elevada incidência (39,8%) de UPP (ROGENSKI; SANTOS, 2005), e demonstra a necessidade de implementar ações de prevenção a estes eventos adversos. As UPP são consideradas eventos adversos evitáveis em muitos casos

quando são decorrentes de falhas no cuidado, apresentando incidência de 18,4% em estudo brasileiro que caracterizou apenas os eventos adversos evitáveis de pacientes internados em três hospitais de ensino (MENDES, *et al.*, 2013). Desta forma, é possível promover o controle do desenvolvimento destes eventos por meio de medidas de prevenção como o uso de escalas para mensuração dos riscos (ANVISA, 2013a).

Além de medir os riscos as escalas de mensuração proporcionam o desenvolvimento de intervenções a fim de evitar as UPP, com planos de cuidados adequados aos pacientes (ANVISA, 2013a; FIOCRUZ, 2014). Estudo realizado nos EUA em um instituto de neurociência evidenciou uma redução progressiva na incidência de UPP após a inserção de medidas preventivas de cuidado, como a mudança de decúbito do paciente e o uso de camas especiais para estes casos. A redução da incidência das UPP em 2009 foi 48%, passou a ser 57% em 2010 e 61% em 2011 (MCGUINNESS *et al.*, 2012).

Uma UPP é uma lesão de pele ou tecido subjacente, resultante de pressão ou da combinação entre pressão e cisalhamento, bastante comum em regiões de proeminência óssea (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011). A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) e a *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) (2009) classificaram as UPP em quatro fases de estadiamento com base nas características, profundidade e destruição tecidual alcançada pela UPP, classificação essencial para a avaliação e implementação dos cuidados. Estratégias de prevenção foram criadas e contemplam 6 etapas com orientações de procedimentos operacionais (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011):

Etapa I: promover a avaliação de todos os pacientes na admissão hospitalar para: risco de desenvolvimento de UPP e detecção de UPP ou outras lesões de pele. Ferramentas que medem o risco de UPP contemplam a avaliação da mobilidade, incontinência, déficit sensitivo e estado nutricional do paciente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011).

Etapa II: Reavaliação diária de todos os pacientes internados atentando para o risco de desenvolvimento de UPP. Esta avaliação permite a elaboração de intervenções voltadas para as necessidades específicas de cada paciente e para isso deve ser utilizada uma escala preditiva de risco; as mais utilizadas são as escalas de Braden para pacientes acima de 5 anos e Braden Q para crianças de 1 a

5 anos. As escalas evidenciam alguma situação: ausência de risco, baixo risco, moderado risco, alto risco ou muito alto risco, por meio da verificação de seis subescalas que avaliam a percepção sensorial do paciente, o nível de atividade, a mobilidade, a nutrição do paciente, a exposição da pele à umidade e a fricção e cisalhamento da pele (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011).

Os escores que definem o risco são inversamente proporcionais; quanto maior a pontuação menor o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão e estes podem variar de 6 a 23: risco mínimo com 16 pontos, risco moderado de 13 a 14, risco elevado com escore maior ou igual a 12, muito alto risco quando escore menor que 9 (BRADEN; MAKLEBUS, 2005).

As etapas III a VI referem-se a medidas a serem implementadas após a evidência de fatores de risco de desenvolvimento de UPP. Na etapa III deve-se inspecionar a pele diariamente, a fim de identificar alterações na integridade da pele ou as UPP desenvolvidas por meio de inspeções mais frequentes, com intervalos pré-definidos (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011).

Na etapa IV evidenciam-se ações para manutenção da pele do paciente quanto à umidade. Buscam-se ações de cuidado que mantenham o paciente limpo, livre de sujidades e com a pele seca e hidratada; do contrário, a pele ficará mais vulnerável às lesões e UPP. As medidas envolvem a higienização da pele sempre que necessário com água morna e sabonete neutro, a hidratação suave da pele uma vez ao dia no mínimo, sem massagear áreas de proeminência óssea e proteger a pele da umidade e controlá-la (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011).

A etapa V envolve a presença de déficit de estado nutricional e de hidratação após avaliação. Devem ser notificados os pacientes com risco nutricional ou o risco de desenvolvimento de UPP a fim de que haja uma avaliação e uma intervenção nutricional adequada para a manutenção do estado. Um déficit nutricional e hídrico pode duplicar as chances de desenvolvimento de lesões de pele e então agravar o quadro do paciente (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011).

A etapa VI salienta a importância da diminuição da pressão principalmente em proeminências ósseas por meio da mudança de decúbito a cada 2 horas. O reposicionamento do paciente redistribui a pressão e mantém a circulação em todas as áreas do corpo, diminuindo o risco de UPP. Dispositivos de conforto são

ferramentas boas para auxiliar neste processo, pois diminuem a pressão sobre uma área específica. Deve-se atentar para o conforto e a dignidade do paciente no uso de estratégias de prevenção, realizar a avaliação constante da pele e do paciente e a partir desta avaliação estabelecer a frequência de reposicionamento. Estimula-se a posição semi-Fowler 30°, pois acima deste valor há aumento de pressão e maior risco de UPP, e o uso de colchões de espuma com redistribuição de pressão, assim como o de travesseiros e coxins para apoiar membros, entre outros (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT, 2011).

Para monitorar os eventos há três indicadores de processo e um de resultado os quais são: 1. Percentual (%) de pacientes submetidos à avaliação de risco para UPP na admissão, 2. Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para UPP, 3. Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de UPP e 4. Incidência de UPP; ferramentas essenciais para uso das instituições de saúde (BRASIL, 2013d).

3.2 VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO NOVO

A mensuração de fenômenos por instrumentos novos ou já existentes é uma atividade difícil, pois exige o uso de ferramentas confiáveis e válidas para aquilo que se pretende medir (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 187). Com a crescente disponibilidade de instrumentos de medidas, sejam escalas, formulários de coleta de dados ou outros, há necessidade de se apresentar instrumentos adequadamente construídos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011) e validados.

Um instrumento válido mede exatamente o fenômeno, medida e/ou conceito que se propõe medir, como por exemplo, se o instrumento visou mensurar a ansiedade ele deverá obtê-la ao fim da mensuração da mesma e não de outro constructo (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 188).

Martins (2006) apresenta como exemplo de validade a seguinte situação: jovens brasileiros inteligentes que participam de um teste de inteligência em inglês têm mau desempenho por não compreenderem a língua inglesa adequadamente. Este teste não mediu aquilo que ele propôs que era a inteligência, mas sim, a compreensão da língua inglesa. Se o teste fosse apresentado na língua nativa dos participantes, a possibilidade de mensurar a inteligência dos mesmos no determinado assunto seria mais próxima do real.

Voltando ao exemplo da ansiedade, podemos verificar ambos os interesses: validade e confiabilidade. Se um instrumento quer avaliar sentimentos, como a ansiedade, e pretende fazê-lo por meio da mensuração da temperatura corporal; a ferramenta demonstraria confiabilidade ao apresentar uma medição correta em valores de temperatura, porém não garantiria sua validade para o fator ansiedade proposto inicialmente. Dessa forma conclui-se que um instrumento pode ser confiável, mas nem sempre é válido (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; p. 188).

Para Bellucci Junior e Matsuda (2012), na etapa de validação devem ser realizados os procedimentos para reconhecer que o conteúdo do instrumento incorpora o que realmente se pretende mensurar. Avaliar sua qualidade requer que seja válido, ou seja, refere-se à intensidade ou graduação em que um instrumento mede o que supõe estar medindo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para Martins (2006), todo instrumento deve ser confiável e válido, uma vez que a confiabilidade determina a consistência e a replicação da ferramenta em estudo, enquanto que a validade significa a representação adequada, correta, precisa do que se pretendeu medir. Nesse sentido, é evidente que para o uso de instrumentos é preciso comprovar a sua validade e confiabilidade.

Na literatura, identificam-se divergências nas definições dos tipos de métodos de validação existentes. Cronbach e Meelh (1955) consideram três tipos de validade: de conteúdo, de constructo e relacionada a um critério.

A validade de constructo está relacionada à sua mensuração teórica, isto é, busca validar um instrumento por meio de constructos elaborados para mensurar um conceito específico (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 189). Houser (2008) informa que o instrumento a ser validado deve ser interpretado como uma medida de um conceito/atributo que não pode ser definido operacionalmente. Martins (2006) define constructo como uma construção, um processo que pretende representar a formação de um conceito e seu significado real.

A validação relacionada a um critério é considerada uma comparação entre uma medida que será avaliada com uma já estabelecida e denominada critério; refere-se à capacidade de uma medida prever um desempenho (LYNN, 1986; GRESSLER, 2004, p. 192; HOUSER, 2008, p. 257). Em outras palavras, a validação de critério é uma avaliação da capacidade de um instrumento de medida em prever um resultado já mensurado por outro instrumento, servindo este último como critério de avaliação (MCGLYNN; ASCH, 1998). Ela pode ser identificada como uma

comparação entre a qualidade de um instrumento – teste, escala, ou ainda um comportamento, com algum instrumento já validado ou comportamento esperado (LOBÃO, 2012).

A validade de conteúdo segundo Cronbach e Meelh (1955) é um meio que verificará se os itens do instrumento são parte do universo que se pretende mensurar. É um julgamento que, a partir de um painel de especialistas, verifica que os conceitos abordados pertencem à medida que se quer mensurar, que os itens representam o conteúdo que se quer representar (HOUSER, 2008, p. 256). Este método atém-se a verificar se as questões abordadas no instrumento e o instrumento em si vão adequadamente representar o universo do que se estuda, ou o domínio do que se estuda (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 188). Nesse sentido, ao elaborar um instrumento, seu conteúdo passará por uma avaliação por especialistas no assunto, que julgarão a concordância do instrumento com o domínio do conteúdo trabalhado.

Validar um conteúdo significa afirmar a consistência, a representação que o item (que nesta pesquisa refere-se à ação de prevenção) concorda com o que se pretende verificar dentro do fenômeno em estudo; infere a representatividade ou então relevância dos itens que contemplam o instrumento (LYNN, 1986; WESTMORELAND *et al.*, 2000). Este método propõe duas etapas, a de desenvolvimento do instrumento e o julgamento por especialistas para determinar o consenso entre os itens componentes do instrumento (LYNN, 1986).

A validade de instrumentos novos pode ser determinada usando a Técnica Delphi de validação. Esta técnica consiste na realização de avaliação e julgamento do instrumento através do consenso de opiniões entre especialistas de determinado domínio, com coleta de opiniões e julgamento de forma sistematizada (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008; SCARPARO *et al.*, 2012). Os participantes são chamados especialistas, juízes ou *experts*. Para Ferreira (2010), um *expert* é um perito, com domínio do assunto, alguém com conhecimento, uma fonte confiável de habilidade, com enorme potencial para julgar adequadamente o processo em avaliação. Nesse sentido, a seleção dos especialistas será embasada no conhecimento e na experiência de cada um sobre o tema de estudo.

Quanto à amostragem, conforme Lynn (1986) e Galdeano e Rossi (2006), não há uma definição exata para a quantidade de especialistas para validar um instrumento, considerando que depende da acessibilidade do pesquisador e a

disponibilidade dos especialistas em atuarem no processo de validação. Lynn (1986) estabelece entre cinco a dez; já Pasquali (1998) preconiza seis.

Wright e Giovanazzo (2000) salientam que os especialistas opinam sobre eventos futuros contemplados no instrumento, por meio de um questionário de julgamento repassado em várias rodadas, até haver convergência das respostas dos participantes, e não de apenas um especialista. Um conjunto de opiniões fortalece mais a validade do instrumento do que apenas a avaliação por um único especialista. Deste modo, a Técnica Delphi contempla a aplicação de questionário aos especialistas por meio de sucessivos envios e retornos, caracterizando rodadas interativas do método (KAYO; SECURATO, 1997; SÁFADI, 2001). A cada retorno ao pesquisador, este organiza e analisa as respostas. Caso necessário, o instrumento é alterado e reencaminhado ao grupo de especialistas, iniciando um novo ciclo até que haja o consenso de opiniões (KAYO; SECURATO, 1997; WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000).

Os participantes recebem *feedback* do processo de avaliação, constituindo uma característica diferenciada, uma vez que esses obtêm acesso às opiniões do grupo e podem rever seus julgamentos, possibilitando menor divergência das respostas e alcançando, mais rapidamente, o consenso mínimo (OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008). Salienta-se que ao disponibilizar o acesso dos participantes ao resumo das opiniões, a identidade dos participantes não é revelada, uma vez que os instrumentos são identificados por códigos.

Na obtenção das opiniões, portanto, valoriza-se o anonimato dos participantes a fim de evitar domínio psicológico ou influência de um participante sobre o outro (KAYO; SECURATO, 1997; SÁFADI, 2001; OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2008), evitando também distorções nas respostas, justamente porque as identidades não são reveladas, sendo conhecidas apenas pelos pesquisadores do estudo. Para Oliveira, Costa e Wille (2008), o anonimato, o *feedback* e a flexibilidade são características de maior destaque da Técnica Delphi. A flexibilidade se expressa pela possibilidade de coletar dados sem preocupação com a limitação geográfica, visto que os questionários podem ser enviados por correio ou encaminhados via internet (SCARPARO *et al.*, 2012).

Para Oliveira, Costa e Wille (2008), a Técnica Delphi foi beneficiada com o uso de tecnologias de comunicação na coleta dos dados, uma vez que os questionários de avaliação podem ser acessados a qualquer momento, na própria

residência dos participantes, podendo estes melhor adequar seu horário e local para participação, por via da internet. Salieta-se que todas as características da técnica são mantidas, sendo enfatizado ainda pelos autores que o procedimento de validação e consenso por especialistas tende a tornar-se etapa muito mais ágil, cômuda, evitando desinteresse e desistência na participação.

Considerando o uso da internet, Giovanazzo (2001) afirma que não se alteram as características de anonimato, representação estatística dos dados e *feedback* aos participantes, mas sim o preenchimento do questionário de avaliação, a consulta das respostas e o acesso à coleta de dados, que são realizados eletronicamente, por meio de plataforma digital ou por correio eletrônico.

O questionário para a avaliação do instrumento contempla as informações a respeito do que se pretende avaliar. Cada questão deve obter uma informação que esclarecerá o assunto, ficando os itens individualmente e em conjunto, mais o instrumento, passíveis de julgamento (WRIGHT; GIOVANAZZO, 2000).

Silva e Tanaka (1999) propõem de duas a quatro rodadas de julgamento por especialistas para a obtenção do consenso. Wright e Giovanazzo (2000) consideram ao menos duas rodadas para atingir o valor de consenso, devendo ser sucessivas até atingir o grau de convergência, apesar de afirmarem que a maioria dos processos finaliza em três rodadas.

4 METODOLOGIA

Este capítulo inclui a caracterização da pesquisa e dos participantes, o processo de construção e validação do instrumento, as técnicas para a coleta e análise de dados e os aspectos éticos.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, do tipo metodológica. A abordagem quantitativa é orientada pelo positivismo, seguindo o raciocínio lógico e atributos da experiência humana passíveis de serem mensurados; utiliza procedimentos sistemáticos e estruturados para coletar os dados, com instrumentos formais, com controle e rigor científico e técnicas estatísticas para análise dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa metodológica caracteriza-se por investigar métodos de obtenção, organização e análise de dados para elaboração, avaliação e validação de instrumentos e técnicas de pesquisa, sendo estes instrumentos confiáveis, precisos e utilizáveis por outros pesquisadores (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Este tipo de pesquisa proporciona formas de condução e procedimentos para atingir o objetivo ou intervir na realidade (TOBAR; YALOUR, 2001).

4.2 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa realizaram a validação do instrumento e compuseram dois grupos de especialistas aqui denominados Grupo 1 e Grupo 2. O Grupo 1 foi selecionado de maneira intencional, constituído por enfermeiros, médicos e/ou farmacêuticos com título de doutor e atuação em segurança do paciente; e o Grupo 2 composto por enfermeiros com experiência na prática assistencial em urgência e emergência hospitalar. Na amostragem intencional o pesquisador seleciona intencionalmente os participantes por entender que estes são característicos da população e/ou conhecedores do assunto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para identificar potenciais especialistas para a composição do Grupo 1, primeiramente foi realizada uma busca pela Plataforma *Lattes*, na página eletrônica

do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, com vistas a elencar doutores docentes e/ou pesquisadores com atuação em segurança do paciente. A busca se deu pela inserção do termo 'segurança do paciente' no modo de busca 'Assunto', foram elencados os doutores na área 'Bases', de 'Nacionalidade' brasileira; com os seguintes 'Filtros': Formação acadêmica, Atuação profissional e Idioma, sendo doutores, grande área da saúde e em Português, respectivamente (Figura 2).

FIGURA 2 – BUSCA DOS ESPECIALISTAS 'DOUTORES'

Buscar Currículo Lattes (Busca Simples)
Busca Avançada

Buscar por:

Selecione o modo de busca ☐ Nome ☒ Assunto(Título ou palavra chave da produção)

segurança do paciente

Nas bases

☒ Doutores ☐ Demais pesquisadores (Mestres, Graduados, Estudantes, Técnicos, etc.)

Nacionalidade:

☒ Brasileira ☐ Estrangeira

País de nacionalidade:

Todos ▼

Tipo de filtro

Filtros
Preferências

<input type="checkbox"/> Bolsistas de Produtividade do CNPq <input checked="" type="checkbox"/> Formação Acadêmica/Titulação <input checked="" type="checkbox"/> Atuação profissional <input checked="" type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Atividade Profissional (Instituição)	<input type="checkbox"/> Outros Bolsistas do CNPq <input type="checkbox"/> Nível do Curso de Pós-graduação onde é Docente <input type="checkbox"/> Atividade de Orientação <input type="checkbox"/> Áreas ou Setores da Produção em C&T <input type="checkbox"/> Presença no Diretório de Grupos de pesquisa
--	--

FONTE: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq (2015)

A busca resultou em 858 doutores, cujos resumos foram lidos e, em seguida, selecionados para leitura do currículo daqueles que apresentaram, no resumo, a descrição de atuação em segurança do paciente. Foram verificados o conhecimento teórico e a expertise em segurança do paciente baseando-se na produção científica (artigos publicados e desenvolvimento de projetos de pesquisa – finalizados ou em andamento) dos doutores atuantes em pesquisa, docência e assistência.

O Grupo 2 foi constituído por enfermeiros com experiência assistencial em urgência e emergência hospitalar, elencados utilizando-se a técnica bola de neve, na qual os membros iniciais de uma amostra identificam outros respondentes que satisfazem os critérios de inclusão. É um tipo de amostragem utilizada quando os participantes pertencem a um grupo com traços específicos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Neste processo quatro enfermeiros com prática assistencial em

urgência e emergência de, no mínimo, um ano de atuação, inicialmente identificados pela pesquisadora, indicaram outros possíveis participantes.

A técnica bola de neve foi utilizada visto que há dificuldade em localizar profissionais com este perfil por meio da Plataforma *Lattes*, já que muitos destes não estão inseridos na área de pesquisa e docência, portanto, não disponibilizam seu currículo online. A participação deste grupo de especialistas é importante uma vez que a validação do *checklist* deve contemplar a avaliação de aspectos relativos à prática assistencial nestes serviços.

Para concretizar o grupo de *experts*, incluindo doutores em segurança do paciente e enfermeiros com experiência na prática assistencial em urgência e emergência hospitalar, foram seguidos os seguintes critérios de inclusão:

1. Enfermeiro, médico ou farmacêutico com título de doutor e com pelo menos uma pesquisa concluída em segurança do paciente após a sua titulação de doutor;
2. Enfermeiro com atuação de no mínimo um ano na prática assistencial de urgência e emergência hospitalar.

Foi critério de exclusão a não devolução do instrumento de avaliação na respectiva rodada e dos profissionais que estavam de licença ou em férias de trabalho no período da coleta de dados. As etapas de seleção dos participantes e construção do instrumento ocorreram simultaneamente e, finalizado o *checklist*, este foi submetido à validação pelo comitê de especialistas.

A seleção dos participantes para a primeira rodada resultou no envio dos documentos para 45 doutores que atuam em segurança do paciente, com aceite de 11 deles, e envio para 16 enfermeiros com experiência na prática assistencial de emergência, e participação de 8. Com o objetivo de obter maior número de especialistas foram incluídos mais quatro participantes, indicados pelos doutores previamente selecionados, totalizando 23 especialistas. Dos 23, houve a participação de 20 na segunda rodada, com exclusão de dois especialistas em segurança do paciente e um especialista em emergência devido à ausência de retorno dentro do prazo determinado.

4.3 CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO

LoBiondo-Wood e Haber (2001) estabelecem as etapas de definição do

fenômeno a ser medido e de formulação de perguntas. O fenômeno desta pesquisa se refere à segurança do paciente e compreendeu as etapas de identificação de ações mínimas de segurança para fundamentar a elaboração das perguntas do instrumento. Este foi estruturado na forma de *checklist* a partir de ações para a segurança do paciente contidas nos protocolos integrantes do PNSP (BRASIL, 2013b) e que se relacionaram ao atendimento hospitalar do paciente em serviço de emergência. São eles: Identificação do Paciente, Prática de Higiene das mãos, Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas, Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos e Cirurgia Segura.

Deste modo, para cada protocolo foram identificadas e listadas as ações mínimas recomendadas e relativas às boas práticas de atendimento com vistas à prevenção de incidentes no ponto de assistência ao doente, ou seja, no local onde há a presença de paciente, de profissional de saúde e de assistência ou tratamento (OMS, 2008b; BRASIL, 2013c); na referida pesquisa contempla os pontos existentes no setor de emergência: sala de atendimento do suporte avançado de vida, salas para consultas, alas referentes à observação de pacientes antes e após avaliação médica, sala de espera para realização de exames e resultados.

Para a etapa de identificação das ações mínimas de segurança foi realizada revisão de literatura e compreensão da temática e dos protocolos básicos de segurança do paciente que embasaram a construção do instrumento e a etapa refere-se à seleção de práticas assistenciais seguras recomendadas por diretrizes clínicas e abordadas na literatura como básicas e possíveis de serem cumpridas e confirmadas; neste caso, os protocolos do PNSP. As ações se transformaram em perguntas de checagem e foram organizadas por categorias de segurança, e passaram por revisão gramatical. Buscou-se a objetividade, a avaliação de riscos e a aplicabilidade ao contexto de serviço de emergência hospitalar.

Junto à construção do *checklist* foi elaborado um manual intitulado “Manual para compreensão do conteúdo do *checklist* para a segurança do paciente em atendimento de emergência” (APÊNDICE 1) contendo a descrição da importância dos itens que compuseram o instrumento, sendo enviado aos participantes com o questionário de avaliação da primeira rodada (APÊNDICE 2).

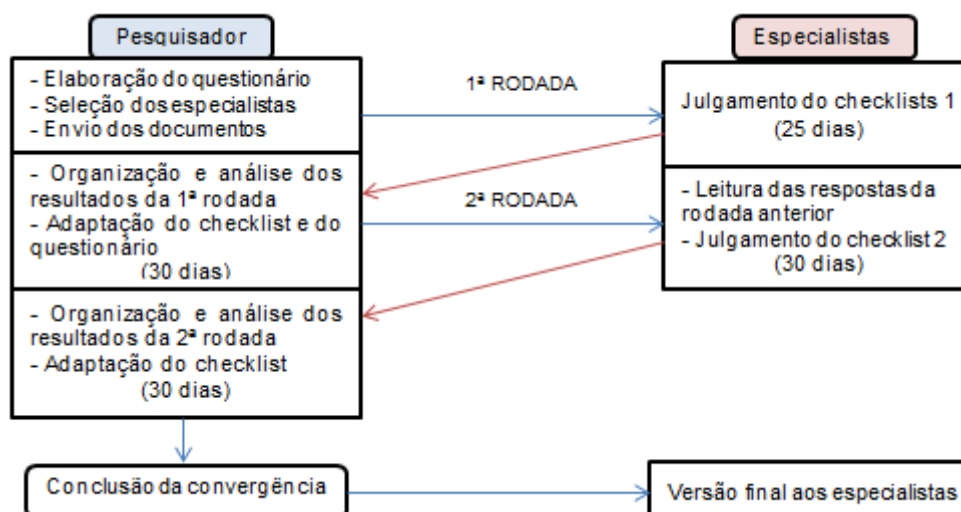
4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados desta pesquisa refere-se ao processo de validação do instrumento e, para isso, foi utilizada a validação de conteúdo, método indicado para a construção de escalas, formulários ou questionários novos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Nesta etapa de validação foram realizados os procedimentos para reconhecer se o conteúdo do instrumento incorpora o que realmente se pretende mensurar (BELLUCCI JUNIOR; MATSUDA, 2012), sendo empregada a Técnica Delphi para operacionalizar a coleta dos dados.

Esta técnica utiliza um comitê de especialistas para alcançar o consenso de opiniões acerca do *checklist*, sendo este avaliado por meio de questionário de julgamento construído para a pesquisa. A técnica Delphi foi operacionalizada via internet, sendo o questionário elaborado e respondido por meio do aplicativo *Google Docs®*, o qual permite criar, editar, visualizar, armazenar, via online, formulários, planilhas, apresentações, documentos, entre outros. O aplicativo permite enviar e compartilhar conteúdos online; a estrutura do processo de validação de conteúdo está demonstrada na figura 3.

Foi pré-determinado que o processo de validação fosse desenvolvido em, no máximo, três rodadas de julgamento (WRIGHT; GIOVANAZZO, 2001), com envio do link do questionário online *Google Docs®* por e-mail.

FIGURA 3 – TÉCNICA DELPHI DE VALIDAÇÃO



FONTE: Adaptado de SOUSA; TURRINI (2012)

4.4.1 Instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi norteadada por questionário online composto por cinco partes, iguais para as duas rodadas de validação (APÊNDICES 2 e 3), porém que divergiram apenas no conteúdo. As partes são:

Parte I – contém a imagem do TCLE e a pergunta relativa ao aceite ou recusa na participação do especialista na pesquisa;

Parte II – dados para caracterização dos participantes;

Parte III – ‘Julgamento 1: avaliação do conteúdo individual dos itens do *checklist*’;

Parte IV – ‘Julgamento 2: avaliação dos atributos do instrumento’;

Parte V – ‘Julgamento 3: avaliação do conjunto das questões e categorias do instrumento – avaliação geral’.

A caracterização dos participantes foi realizada pela obtenção das seguintes informações: idade, formação acadêmica e o tempo de formado, maior titulação (graduação, pós-graduação *lato sensu*, mestrado, doutorado, pós-doutorado), atuação em projetos de pesquisa, publicações científicas relevantes e atuação em outros campos na área de estudo (segurança do paciente e urgência e emergência).

Para a etapa de julgamento do *checklist* que visa à validação do mesmo (partes III, IV e V) o questionário foi organizado por meio de uma escala ordinal de valoração progressiva, tipo *Likert*, contendo graus de concordância de 1 a 4, conforme a opinião dos especialistas sobre a relevância do item (Quadro 5).

QUADRO 5 – ESCORE ORDINAL TIPO LIKERT UTILIZADO NA PESQUISA

GRAU DE VALORAÇÃO	DESCRIÇÃO
1	Discordo totalmente
2	Discordo
3	Concordo
4	Concordo totalmente

FONTE: O autor (2015)

O questionário online verificou a concordância dos especialistas com relação à relevância das questões individuais e em conjunto, dentro do contexto da segurança do paciente e da emergência, assim definidos:

a) Pergunta isolada com respostas e ação corretiva: cada pergunta do instrumento foi julgada isoladamente, com valoração correspondente ao grau de concordância, dentro do conteúdo segurança do paciente em atendimento de

emergência;

b) Atributos do instrumento proposto;

c) Conjunto de perguntas relativas ao título de cada categoria, ao uso do instrumento na prática profissional e ao conteúdo segurança do paciente.

4.4.2 Primeira rodada de validação

Construída a primeira versão do *checklist*, o questionário de julgamento e selecionados os participantes, iniciou-se o processo de validação pelo comitê de especialistas com duas rodadas de julgamento; a primeira ocorreu em abril de 2015 e compreendeu 25 dias, período em que houve retorno dos especialistas com questionário respondido.

a) Envio, por e-mail, do convite (APÊNDICE 4) com as informações do estudo (objetivo, desenvolvimento da pesquisa e da participação de cada especialista na etapa de validação de conteúdo do instrumento elaborado), da carta de orientação da Técnica Delphi (APÊNDICE 5) e do questionário online via *Google Docs®*. O termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE 6) foi preenchido de forma digital e encaminhado durante a pesquisa via e-mail.

b) Análise das respostas e sugestões da primeira rodada: a pesquisadora organizou os resultados da primeira rodada em tabelas, com frequências relativa e absoluta.

c) Elaboração da segunda versão do *checklist* apresentada nos resultados: a partir das sugestões apresentadas na primeira rodada, a pesquisadora realizou modificações no *checklist* proposto, dando origem à segunda versão.

d) Elaboração do resumo para os especialistas, chamado de 'Resumo das respostas das rodadas de validação com sugestões dos especialistas e modificações do *checklist*' (APÊNDICE 7): a partir das modificações realizadas na primeira versão do *checklist*, as sugestões dos especialistas foram compiladas e as modificações foram descritas em um resumo enviado no início da segunda rodada de validação, com a função de fazer um *feedback* das respostas obtidas.

O resumo constitui de um compilado das respostas e sugestões da primeira rodada e mostra em tabela os percentuais de concordância de cada item do *checklist* com as sugestões e as alterações finais decorrentes desta rodada. No apêndice 7 está descrito e detalhado o conjunto de sugestões e alterações

decorrentes das duas rodadas de validação, a fim de unificá-las em único documento; porém as da primeira rodada foram enviadas primeira e individualmente.

e) Elaboração do segundo questionário online de julgamento (APÊNDICE 3): para início da segunda rodada e relativo à 2ª versão do *checklist*, cujo acesso ocorreu por meio do *link* digital.

4.4.3 Segunda rodada de validação

Esta etapa iniciou-se em junho de 2015 e teve duração de 30 dias. As etapas desta fase compreenderam:

a) Envio, por e-mail, dos seguintes documentos: segunda versão do *checklist*, do *link* de acesso ao segundo questionário de julgamento elaborado via *Google Docs*® e do resumo para os especialistas.

b) Após a devolução do questionário de julgamento respondido, organização dos resultados em tabelas no programa *Microsoft Excel 2007*, com frequências relativa e absoluta.

c) Análise das sugestões a fim de modificar ou manter os itens do instrumento. Alguns itens retornaram à forma disposta na primeira versão do *checklist*, outros se mantiveram modificados conforme a segunda versão.

d) Elaboração do resumo para os especialistas (APÊNDICE 7) a fim de finalizar a segunda rodada e esclarecer as modificações do instrumento.

e) Encerramento da etapa de validação de conteúdo com definição da 3ª e última versão do *checklist*, que passou por revisão de português, apresentados nos resultados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

No questionário de julgamento a análise ocorreu pelo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada questão. Para calcular o IVC, empregou-se escala tipo *Likert*; as respostas 3 e 4 representam alto índice de aceitação (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O escore do IVC foi calculado por meio da divisão do número total de especialistas que avaliaram o item com respostas 3 e 4 pelo número total de especialistas que participaram da rodada (RUBIO *et al.*, 2003). Considerou-se, portanto, que o IVC é a proporção de respostas relevantes (valores 3 e 4) segundo

os especialistas (POLIT; BECK; OWEN, 2007). O escore de concordância deve atingir, no mínimo, 70% entre as opiniões para que um instrumento seja considerado válido (GREEN, 1982; CASTRO; REZENDE, 2009; SCARPARO *et al.*, 2012), o qual foi adotado nesta pesquisa.

A confiabilidade do questionário de julgamento aplicado aos especialistas foi mensurada por meio do teste α de Cronbach, pelo seguinte cálculo:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \cdot \left(1 - \frac{\sum S^2}{S^2_{soma}} \right)$$

Em que:

K = número de questões;

S^2 = variância de cada questão;

S^2_{soma} = somatória da variância da soma das questões

O teste estima a confiabilidade de um questionário por meio da correlação entre as respostas que utilizam a mesma escala de medição. Nesta pesquisa utilizaram-se as opções de respostas ‘concordo totalmente’ ‘concordo’, ‘discordo totalmente’ e ‘discordo’ (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010) e cujos valores de confiabilidade são: >0,90 - excelente; >0,80 - bom; >0,70 - aceitável; >0,60 - questionável; >0,50 - pobre e <0,50 – inaceitável (GEORGE; MALLERY, 2003).

Para analisar se houve divergência entre as respostas dos especialistas de acordo com as características dos grupos de interesse foi realizado o teste exato de Fisher e elaborou-se a hipótese de que não há diferença entre os grupos de interesse (participantes). O teste apresenta um valor-p para cada item e se inferior a 0,05 ou 5%, significa que o valor será significativo, a hipótese não terá sido testada e, neste caso, haverá diferenças entre as respostas dos especialistas conforme as características de cada grupo.

A análise foi realizada por profissional estatístico, os resultados da etapa de validação foram organizados em gráficos e tabelas com auxílio do programa *Microsoft Excel®*, versão 2007, e transportados para os *softwares* estatísticos *Statistical Package for the Social Science* v. 19.0. Os dados foram descritos por médias, medianas, valores mínimos, valores máximos e desvios padrões (variáveis quantitativas) e por frequências relativas e absolutas (variáveis qualitativas).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná conforme normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, órgão que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos; e sua aprovação foi obtida em 01 de Setembro de 2014, por meio do parecer CEP/SD 777.624, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 34900414.4.0000.0102, conforme anexo1.

Para os especialistas que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa contemplaram a amostra mediante a assinatura digital do TCLE.

Para manter a confidencialidade dos participantes estes foram identificados aleatoriamente pela letra E, seguida de numeral, sendo de 01 a 23 na primeira rodada e 01 a 20 na segunda rodada; códigos que foram utilizados para o resumo das avaliações, bem como para a apresentação e discussão dos resultados.

5 RESULTADOS

Este capítulo contempla os dados resultantes das fases de construção do instrumento e de sua validação, processo final que resultou na versão definitiva denominada “*Checklist* para a segurança do paciente em atendimento de emergência” (FIGURAS 8 e 9).

5.1 ELABORAÇÃO DO CHECKLIST

O *checklist* foi construído a partir de práticas assistenciais, mas que podem contribuir para a segurança mínima dos pacientes enquanto recebem atendimento em um serviço de emergência hospitalar. Das práticas contidas nos protocolos do PNSP emergiram os itens ações essenciais durante o cuidado que podem evitar EA nos pontos de assistência ao paciente, e estão direcionadas para a promoção da identificação do paciente; da evitabilidade de quedas, úlceras por pressão e a infecções, e daqueles resultantes de erros no processo de administração de medicamentos e de procedimentos cirúrgicos.

A primeira versão do *checklist* enviada aos especialistas continha seis categorias de segurança, com perguntas definidas como Ações de segurança, opções de resposta ‘sim’, ‘não’, ‘não se aplica - NSA’ e uma com ações corretivas que referem-se às ações tomadas pelo profissional frente à ação de segurança/de cuidado não realizada. Além disso, a primeira versão apresentou-se em dois modelos na primeira rodada: Modelo 1 (FIGURA 4), o *checklist* teve os itens de checagem estruturados por categorias de segurança e no Modelo 2 (FIGURA 5) os itens não foram identificados cada um em sua respectiva categoria. As categorias de segurança foram assim dispostas:

- a) Categoria 1 – Identificação do paciente: apresentou quatro questões com três opções de resposta e uma ação de correção cada.
- b) Categoria 2 – Administração de medicamentos: apresentou três questões com três opções de resposta e uma ação de correção cada.
- c) Categoria 3 – Risco de quedas: apresentou três questões com três opções de resposta e uma ação de correção cada.
- d) Categoria 4 – Risco de infecção: apresentou uma questão com três opções de resposta uma ação de correção cada.

e) Categoria 5 – Risco de lesões de pele: apresentou três itens de checagem, sendo duas delas questões com opções de resposta ‘sim’ e ‘não’, e uma ação de correção cada e o terceiro item de checagem uma questão aberta, sem opções de resposta, mas com espaço para ser descrito qual a conduta adotada pelo.

f) Categoria 6 – Risco cirúrgico e outros: apresentou quatro questões com três opções de resposta e uma ação de correção para cada uma.

FIGURA 4 – MODELO 1: *CHECKLIST* ESTRUTURADO EM CATEGORIAS

Paciente: _____ Registro: _____
 Enfermaria/leito: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Idade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
1. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Alérgico a: _____
2. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificada
RISCO DE QUEDAS		CORREÇÃO
1. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
2. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
RISCO DE INFECÇÃO		CORREÇÃO
1. Álcool no ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado
RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
1. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
3. Conduta adotada: _____		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
1. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
3. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ Identificação/registro profissional: _____

FONTE: O autor (2015)

FIGURA 5 – MODELO 2: *CHECKLIST* NÃO ESTRUTURADO EM CATEGORIAS

Paciente: _____ Registro: _____
 Enfermaria/leito: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Idade: _____

AÇÕES DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
5. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Alérgico a: _____
6. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificada
8. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
9. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
10. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
11. Álcool no ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado
12. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
13. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
14. Conduta adotada:		
15. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ Identificação/registro profissional: _____

FONTE: O autor (2015)

Os itens elencados na primeira versão constituíram o 'Manual para compreensão do conteúdo do *checklist* para a segurança do paciente em atendimento de emergência' (APÊNDICE 1) enviado para os especialistas na primeira rodada juntamente com o questionário online (APÊNDICE 2). Após as sugestões dos especialistas na primeira rodada de validação a versão 1 do *checklist* foi modificada, dando origem à versão 2, que conforme demonstrado nas figuras 6 e 7, houve desde modificações de termos até exclusão de itens do instrumento.

FIGURA 6 – SEGUNDA VERSÃO DO CHECKLIST (PÁGINA DA FRENTE)

Paciente: _____ Registro: _____
 Box/leito: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Idade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. Identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas
RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

*NSA – Não se aplica

**Escala de avaliação do risco no verso deste impresso.

Data: ____/____/____ Horário: _____ Identificação/registro profissional: _____

FONTE: O autor (2015)

FIGURA 7 – SEGUNDA VERSÃO DO *CHECKLIST* (VERSO DA PÁGINA)

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA		
Morse Fall Scale	Respostas	Pontos
1. Histórico de quedas (até 3 meses da última queda)	NÃO - 0	
	SIM - 25	
2. Diagnóstico secundário (mais de um diagnóstico)	NÃO - 0	
	SIM - 15	
3. Deambulação	Nenhum/ Acamado - 0	
	Muletas/ Bengala - 15	
	Apóia-se em mobiliário/ Parede - 30	
4. Terapia Endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	NÃO - 0	
	SIM - 20	
5. Marcha	Normal/ Sem deambulação (cadeira de rodas) - 0	
	Fraca - 10	
	Comprometida/ Cambaleante - 20	
6. Estado Mental	Orientado/ capaz quanto a sua capacidade - 0	
	Superestima capacidade/ Esquece limitações - 15	
PARÂMETROS	SEM RISCO: até 24 pontos	TOTAL
	BAIXO RISCO: entre 25 – 50 pontos	
	ALTO RISCO: ≥ 50 pontos	

FONTE: Adaptado de Urbanetto *et al* (2013).

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Braden Scale	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	Pontos
PERCEPÇÃO SENSORIAL: capacidade de responder à pressão do desconforto	Completamente ilimitado	Muito ilimitado	Levemente ilimitado	Nenhuma limitação	
UMIDADE: exposição da pele	Constantemente	Muito	Ocasionalmente	Raramente	
ATIVIDADE	Acamado	Restrito à cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente	
MOBILIDADE: habilidade de controlar posições	Completamente imobilizado	Muito ilimitado	Levemente ilimitado	Nenhuma limitação	
NUTRIÇÃO: ingestão alimentar	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema aparente		
PARÂMETROS:	23-19 – sem risco		14-13 – risco moderado		TOTAL
	18-15 – risco leve		Menor ou igual a 12 – risco elevado		

FONTE: Adaptado de Paranhos e Santos (1999).

FONTE: O autor (2015)

NOTA: Adaptado de Urbanetto *et al* (2013) e Paranhos e Santos (1999).

Na segunda rodada foram enviados aos especialistas o questionário online (APÊNDICE 3) contendo a segunda versão do *checklist* e o resumo (APÊNDICE 7) contemplando todas as sugestões mencionadas na rodada anterior. A partir da segunda e última rodada de validação, a versão final do *checklist* (FIGURAS 8 e 9)

foi definida com poucas modificações; e ao final passou pelo processo de revisão de português.

FIGURA 8 – VERSÃO FINAL DO *CHECKLIST* (PÁGINA DA FRENTE)

Paciente: _____ Registro: _____
 Box/leito: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Idade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada a identificação
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. A identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas
RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próxima ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

*NSA – Não se aplica

**Escala de avaliação do risco no verso deste impresso.

Data: ____/____/____ Horário: _____ Identificação/registro profissional: _____

FONTE: O autor (2015)

FIGURA 9 – VERSÃO FINAL DO CHECKLIST (VERSO DA PÁGINA)

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Morse Fall Scale	Respostas	Pontos
1. Histórico de quedas (até 3 meses da última queda)	NÃO - 0	
	SIM - 25	
2. Diagnóstico Secundário (mais de um diagnóstico)	NÃO - 0	
	SIM - 15	
3. Deambulação	Nenhum/ Acamado - 0	
	Muletas/ Bengala - 15	
	Apóia-se em mobiliário/ Parede - 30	
4. Terapia Endovenosa/ dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	NÃO - 0	
	SIM - 20	
5. Marcha	Normal/ Sem deambulação (cadeira de rodas) - 0	
	Fraca - 10	
	Comprometida/ Cambaleante - 20	
6. Estado Mental	Orientado/ capaz quanto a sua capacidade - 0	
	Superestima capacidade/ Esquece limitações -15	
PARÂMETROS	SEM RISCO: até 24 pontos	TOTAL
	BAIXO RISCO: entre 25 – 50 pontos	
	ALTO RISCO: ≥ 50 pontos	

FONTE: Adaptado de Urbanetto *et al* (2013).

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

Braden Scale	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	Pontos
PERCEPÇÃO SENSORIAL: capacidade de responder à pressão do desconforto	Completamente ilimitado	Muito ilimitado	Levemente ilimitado	Nenhuma limitação	
UMIDADE: exposição da pele	Constantemente	Muito	Ocasionalmente	Raramente	
ATIVIDADE	Acamado	Restrito à cadeira	Caminha ocasionalmente	Caminha frequentemente	
MOBILIDADE: habilidade de controlar posições	Completamente imobilizado	Muito ilimitado	Levemente ilimitado	Nenhuma limitação	
NUTRIÇÃO: ingestão alimentar	Muito pobre	Provavelmente inadequado	Adequado	Excelente	
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO	Problema	Problema em potencial	Nenhum problema aparente		
PARÂMETROS:	23-19 – sem risco		14-13 – risco moderado		TOTAL
	18-15 – risco leve		Menor ou igual a 12 – risco elevado		

FONTE: Adaptado de Paranhos e Santos (1999).

FONTE: O autor (2015)

NOTA: Adaptado de Urbanetto *et al* (2013) e Paranhos e Santos (1999).

5.2 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

Etapa em que os especialistas avaliaram o conteúdo do instrumento, itens desenvolvidos e seus atributos. Apresenta-se, primeiramente, o perfil dos participantes.

5.2.1 Perfil dos participantes

Do total de especialistas que aceitaram participar da pesquisa, 23 contemplaram a amostra na primeira rodada de validação e 20 da segunda rodada. A maioria dos especialistas são enfermeiras com tempo de formação entre 3 a 38 anos e com titulação de doutor. O pós-doutorado foi considerado dentro do grupo de doutores, sendo que na primeira rodada houve quatro doutores com esta formação e na segunda rodada três (Tabelas 1 e 2).

TABELA 1 – SEXO, FORMAÇÃO ACADÊMICA E TITULAÇÃO DOS ESPECIALISTAS 2015

Variáveis		1ª Rodada % (n=23)	2ª Rodada % (n=20)
Sexo	Feminino	73,9	75,0
	Masculino	26,1	25,0
Formação acadêmica	Enfermagem	91,3	90,0
	Medicina	8,7	10,0
Titulação	Graduação	4,3	5,0
	Pós-graduação (<i>lato sensu</i>)	17,4	20,0
	Mestrado	13,0	15,0
	Doutorado	65,2	60,0

FONTE: O autor (2015)

NOTA: Um enfermeiro possui formação em farmácia-bioquímica; quatro participantes doutores possuem pós-doutorado, na primeira rodada; e três na segunda rodada

TABELA 2 – IDADE DOS PARTICIPANTES 2015

Variável idade							
RODADA	n	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
PRIMEIRA	23	38,9	36	27	24	62	11,4
SEGUNDA	20	38,75	36	44	24	62	11,969

FONTE: O autor (2015)

A tabela 3 apresenta o total de participantes de acordo com as associações titulação dos especialistas e as respostas da avaliação do *checklist*, expertise e as respostas da avaliação e área de atuação e as respostas da avaliação. Observou-se que apesar de o quantitativo não ser igual nas associações com número maior de participantes doutores, o percentual de participação foi semelhante nas duas rodadas.

TABELA 3 – QUANTITATIVO DE ESPECIALISTAS INCLUÍDOS NA ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO APRESENTADA, EXPERTISE PROFISSIONAL, ÁREA DE ATUAÇÃO E AS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO *CHECKLIST* 2015

Associações		1ª Rodada (n=23)	2ª Rodada (n=20)
Titulação	Doutor	15 (65,2%)	12 (60,0%)
	Não doutor	8 (34,8%)	8 (40,0%)
Expertise	Expertise em segurança do paciente	13 (56,5%)	11 (55,0%)
	Expertise em emergência	10 (43,5%)	9 (45,0%)
Atuação	Docência	16 (80%)	13 (76,5%)
	Assistência	4 (20%)	4 (23,5%)

FONTE: O autor (2015)

NOTA: Três participantes foram ocluídos na análise do campo de atuação, pois atuam conjuntamente em docência e assistência, o que inviabilizou a análise por meio do teste exato de Fisher, uma vez que o teste permite o cruzamento de duas variáveis com outras duas variáveis; no caso, a associação entre respostas *concordo* e *discordo* e atuação *docência* e *assistência*.

A seguir, estão apresentados os resultados relativos à primeira rodada de validação do instrumento no processo de validação de conteúdo.

5.2.2 Resultados da primeira rodada de validação

5.2.2.1 Descrição das respostas relativas à primeira rodada de avaliação

O questionário de avaliação online possui 32 perguntas que avaliam o instrumento em seu conteúdo individual, atributos e aplicabilidade. Na tabela 4 apresentam-se as respostas quanto à avaliação do conteúdo dos itens individuais, contemplando respostas 'discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente'. Na última coluna da tabela estão indicados os percentuais das respostas das questões de 1 a 31 com os graus de concordância de cada item agrupados em

'concordo e concordo totalmente', relativos a percentuais que garantem o Índice de validade de conteúdo.

A questão 32 não foi inserida no cálculo do IVC, pois se refere à opinião pessoal dos especialistas quanto à melhor forma de apresentação do *checklist*, se as perguntas do instrumento deveriam estar agrupadas conforme as seis categorias de segurança a que pertencem ou se deveriam ser descritas uma após a outra, sem o agrupamento que identifica a qual categoria pertence (FIGURAS 4 e 5). Do total de participantes, 20 (87%) optaram pelo modelo do *checklist* que organiza e identifica as perguntas conforme as categorias de segurança.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS CONCORDÂNCIAS DAS QUESTÕES 1 A 31 DO QUESTIONÁRIO NA PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO 2015

Questão	Discordo totalmente (%)	Discordo (%)	Concordo (%)	Concordo totalmente (%)	Concordância (%)
1. Paciente identificado?	-	-	13,0	87,0	100,0
2. Identificação legível?	-	13,0	17,4	69,6	87,0
3. Identificação com ≥ 2 informações?	-	8,7	26,1	65,2	91,3
4. Identificação da classificação de risco?	-	26,1	4,3	69,6	73,9
5. Paciente é alérgico?	8,7	4,3	13,0	73,9	87,0
6. Se alérgico, identificado como tal?	8,7	8,7	4,3	78,3	82,6
7. Infusões identificadas?	4,3	4,3	21,7	69,6	91,3
8. Grades elevadas?	-	8,7	13,0	78,3	91,3
9. Apresenta risco para queda?	8,7	13,0	13,0	65,2	78,3
10. Sinalizado o risco de queda?	4,3	4,3	17,4	73,9	91,3
11. Álcool no ponto de assistência?	4,3	21,7	13,0	60,9	73,9

continua

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS CONCORDÂNCIAS DAS QUESTÕES 1 A 31 DO QUESTIONÁRIO NA PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO 2015

continuação

Questão	Discordo totalmente (%)	Discordo (%)	Concordo (%)	Concordo totalmente (%)	Concordância (%)
12. Risco para integridade cutânea?	13,0	8,7	13,0	65,2	78,3
13. Há lesão de pele instalada?	8,7	4,3	8,7	78,3	87,0
14. Conduta adotada	26,1	8,7	8,7	56,5	65,2
15. Em pré-operatório?	8,7	13,0	8,7	69,6	78,3
16. Paciente em jejum?	-	8,7	8,7	82,6	91,3
17. Sítio cirúrgico demarcado?	8,7	-	4,3	87,0	91,3
18. Tipagem sanguínea realizada?	4,3	-	21,7	73,9	95,7
19. Objetividade	-	17,4	39,1	43,5	82,6
20. Clareza	-	21,7	43,5	34,8	78,3
21. Precisão	4,3	17,4	56,5	21,7	78,3
22. Pertinência	-	8,7	52,2	39,1	91,3
23. Validade	-	13,0	47,8	39,1	87,0
24. Viabilidade	-	4,3	47,8	47,8	95,7
25. Título de cada categoria adequado	-	4,3	26,1	69,6	95,7
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	-	8,7	43,5	47,8	91,3
27. Uso do instrumento para prevenção de incidentes	-	-	52,2	47,8	100,0
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	-	4,3	47,8	47,8	95,7
29. Replicação do <i>checklist</i> em outros serviços	-	8,7	43,5	47,8	91,3

continua

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS CONCORDÂNCIAS DAS QUESTÕES 1 A 31 DO QUESTIONÁRIO NA PRIMEIRA RODADA DE AVALIAÇÃO 2015

Questão	conclusão				
	Discordo totalmente (%)	Discordo (%)	Concordo (%)	Concordo totalmente (%)	Concordância (%)
30. Confirma ações mínimas de segurança	-	-	39,1	60,9	100,0
31. Elementos faltantes	17,4	8,7	34,8	39,1	73,9

FONTE: O autor (2015)

NOTA: A última coluna refere-se à porcentagem resultante do agrupamento das respostas 'concordo e concordo totalmente'

As questões 1 a 18 contemplam o primeiro julgamento dos itens individuais do *checklist*. Destes, destacam-se os itens 1 e 14, respectivamente: 'Paciente identificado?', que atingiu 100% de escore de concordância e 'Conduta adotada', que alcançou o menor escore de todos os itens e único a não atingir os 70% de aceitação. Apesar do item um ter alcançado 100%, este recebeu sugestões a fim de aprimorar a redação, questionamentos e sugestões. O item 14 mostrou-se pouco compreensível e coerente com a finalidade de um *checklist*; conforme cinco especialistas a questão ficou imprecisa quanto ao objetivo, muito ampla e com necessidade de serem inseridas opções para resposta; o que determinou sua exclusão e substituição para a segunda rodada.

Algumas sugestões referentes aos itens individuais do *checklist* estão dispostas abaixo no quadro 6 e detalhadas no apêndice 7.

QUADRO 6 – PRINCIPAIS SUGESTÕES RELATIVAS AOS ITENS INDIVIDUAIS 1 A 18

QUESTÃO	SUGESTÃO
03	Detalhar sigla NSA (1 especialista)
05	Inserir uma opção de resposta o desconhecimento da alergia do paciente (4 especialistas)
07	Inserir quais são os critérios de identificação (2 especialistas)
11	Modificar a redação da pergunta trocando o termo 'álcool' e 'ponto de assistência' por termos sinônimos (4 especialistas)
13	Modificar a redação da pergunta, trocar os termos 'instalada', e 'lesão de pele' (4 especialistas)
15	Modificar a redação da pergunta (3 especialistas)

FONTE: O autor (2015)

As questões 19 a 24 avaliaram os atributos objetividade, clareza, precisão, pertinência, validade e viabilidade e atingiram índices entre 78,3% a 95,7% de concordância. Algumas considerações feitas nos atributos foram: 1. realizar a melhoria da redação das perguntas, 2. especificar parâmetros para avaliar o risco para quedas e para o desenvolvimento de úlceras por pressão, 3. ampliar questões e adequar o instrumento de acordo com cada realidade institucional, entre outros (APÊNDICE 7).

As questões 25 a 31 são relativas à avaliação geral sobre título, conteúdo, uso e replicação do *checklist*. Os itens obtiveram altos índices de concordância, a destacar que 100% dos participantes concordaram sobre 'o uso do instrumento na prevenção de incidentes' e que este 'confirma ações mínimas de segurança' durante o cuidado. Com relação aos títulos das categorias, foram consideradas as opiniões dos especialistas que discorreram quanto ao título 'risco de lesões de pele' e 'risco cirúrgico e outros', e ao final foram modificados para 'risco para úlceras por pressão' e 'risco cirúrgico'.

O item 31, 'Elementos faltantes no instrumento', obteve 73,9% de concordância, ou seja, atribui valor negativo de respostas uma vez que significa que os especialistas entenderam faltar elementos de acordo com o objetivo proposto. Comentários referentes à avaliação geral do *checklist* retomam sugestões dadas no decorrer da avaliação dos itens individuais, outros confirmam a possibilidade do uso do instrumento nas unidades de emergência hospitalar, e outros que o *checklist* é uma ferramenta para prevenir incidentes no cuidado (APÊNDICE 7).

Desta forma, verifica-se que na primeira rodada de validação apenas dois itens do questionário (perguntas 14 e a 31) não atingiram 70% de concordância. Estes foram readequados e avaliados na segunda rodada de julgamento. Os escores dos demais itens variaram entre 73,9% e 100% e, apesar de demonstrarem o alcance do consenso dos participantes, todas as sugestões e comentários foram analisados e considerados para aprimoramento da primeira versão. Desta forma, todos os itens sofreram alterações, o que resultou na reformulação do instrumento e origem da segunda versão (APÊNDICE 7).

O IVC do instrumento como um todo, da versão inicial, atingiu 87% o que indica que se a pesquisa fosse finalizada na primeira rodada, o instrumento já seria considerado validado. O alpha de Crombach obteve índice de 0,91, o que indica excelente consistência interna do instrumento.

5.2.2.2 Análise das respostas de avaliação e concordância na primeira rodada de validação de acordo com a caracterização dos participantes

As tabelas 5, 6 e 7 mostram o resultado do teste de Fisher dos resultados da primeira rodada aplicando-se os cruzamentos participantes doutores e não doutores e as respostas do *checklist*, participantes com expertise em segurança do paciente e com expertise em emergência e as respostas do *checklist*, e campo da atuação profissional, docência ou assistência e as respostas do *checklist*.

Ao associar a titulação dos participantes com as respostas relativas à avaliação dos itens do *checklist*, por meio da hipótese de que há diferença entre as respostas dos especialistas doutores e não doutores, todos os itens apresentaram valor-p maior que 0,05 (TABELA 5).

TABELA 5 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA PRIMEIRA RODADA 2015

Questões	Respostas	Titulação (n=20)		Valor-p
		Doutor (n=15)	Não doutor (n=8)	
1. Paciente identificado?	Concorda	15	8	1,0000
	Discorda	-	-	
2. Identificação legível?	Concorda	12	8	0,5257
	Discorda	3	-	
3. Identificação com ≥ 2 informações?	Concorda	13	8	0,5257
	Discorda	2	-	
4. Identificação da classificação de risco?	Concorda	9	8	0,0581
	Discorda	6	-	
5. Paciente é alérgico?	Concorda	12	8	0,5257
	Discorda	3	-	
6. Se alérgico, identificado como tal?	Concorda	11	8	0,2569
	Discorda	4	-	
7. Infusões identificadas?	Concorda	13	8	0,5257
	Discorda	2	-	
8. Grades elevadas?	Concorda	13	8	0,5257
	Discorda	2	-	
9. Apresenta risco para queda?	Concorda	10	8	0,1221
	Discorda	5	-	
10. Sinalizado o risco de queda?	Concorda	13	8	0,5257
	Discorda	2	-	

continua

TABELA 5 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA PRIMEIRA RODADA 2015

conclusão

Questões	Respostas	Titulação (n=20)		Valor-p
		Doutor (n=15)	Não doutor (n=8)	
11. Álcool no ponto de assistência?	Concorda	9	8	0,0581
	Discorda	6	-	
12. Risco para integridade cutânea?	Concorda	10	8	0,1221
	Discorda	5	-	
13. Há lesão de pele instalada?	Concorda	12	8	0,5257
	Discorda	3	-	
14. Conduta adotada	Concorda	8	7	0,1764
	Discorda	7	1	
15. Em pré-operatório?	Concorda	11	7	0,6213
	Discorda	4	1	
16. Paciente em jejum?	Concorda	13	8	0,5257
	Discorda	2	-	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	Concorda	15	6	0,1107
	Discorda	-	2	
18. Tipagem sanguínea realizada?	Concorda	15	7	0,3478
	Discorda	-	1	
19. Objetividade	Concorda	12	7	1,0000
	Discorda	3	1	
20. Clareza	Concorda	10	8	0,1221
	Discorda	5	-	
21. Precisão	Concorda	11	7	0,6213
	Discorda	4	1	
22. Pertinência	Concorda	13	8	0,5257
	Discorda	2	-	
23. Validade	Concorda	12	8	0,5257
	Discorda	3	-	
24. Viabilidade	Concorda	14	8	1,0000
	Discorda	1	-	
25. Título de cada categoria está adequado	Concorda	14	8	1,0000
	Discorda	1	-	
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	Concorda	14	7	1,0000
	Discorda	1	1	
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	Concorda	15	8	1,0000
	Discorda	-	-	
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	Concorda	14	8	1,0000
	Discorda	1	-	
29. Replicação do <i>checklist</i>	Concorda	14	7	1,0000
	Discorda	1	1	
30. Confirma ações mínimas de segurança	Concorda	15	8	1,0000
	Discorda	-	-	
31. Elementos faltantes no instrumento	Concorda	11	6	1,0000
	Discorda	4	2	

FONTE: O autor (2015)

NOTA: Valor-p calculado pelo teste exato de Fisher

Ao associar a expertise e as respostas da avaliação do *checklist*, obteve-se que houve influência da expertise profissional no quesito 'clareza do instrumento' com $p=0,0457$ (TABELA 6); e nos demais itens não teve significância estatística.

TABELA 6 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERTISE E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA PRIMEIRA RODADA 2015

Questões	Respostas	Expertise (n=23)		Valor-p
		Emergência (n=10)	Segurança do Paciente (n=13)	
1. Paciente identificado?	Concorda	10	13	1,0000
	Discorda	-	-	
2. Identificação legível?	Concorda	10	10	0,2292
	Discorda	-	3	
3. Identificação com ≥ 2 informações?	Concorda	10	11	0,4861
	Discorda	-	2	
4. Identificação da classificação de risco?	Concorda	9	8	0,1790
	Discorda	1	5	
5. Paciente é alérgico?	Concorda	10	10	0,2292
	Discorda	-	3	
6. Se alérgico, identificado como tal?	Concorda	10	9	0,1045
	Discorda	-	4	
7. Infusões identificadas?	Concorda	10	11	0,4861
	Discorda	-	2	
8. Grades elevadas?	Concorda	10	11	0,4861
	Discorda	-	2	
9. Apresenta risco para queda?	Concorda	10	8	0,2292
	Discorda	-	5	
10. Sinalizado o risco de queda?	Concorda	10	11	0,4861
	Discorda	-	2	
11. Álcool no ponto de assistência?	Concorda	9	8	0,1790
	Discorda	1	5	
12. Risco para integridade cutânea?	Concorda	10	8	0,1221
	Discorda	5	-	
13. Há lesão de pele instalada?	Concorda	10	10	0,2292
	Discorda	-	3	
14. Conduta adotada	Concorda	9	6	0,0743
	Discorda	1	7	
15. Em pré-operatório?	Concorda	9	9	0,3393
	Discorda	1	4	
16. Paciente em jejum?	Concorda	10	11	0,4861
	Discorda	-	2	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	Concorda	8	13	0,1778
	Discorda	2	-	
18. Tipagem sanguínea realizada?	Concorda	9	13	0,4348
	Discorda	1	-	
19. Objetividade	Concorda	9	10	0,6036
	Discorda	1	3	

continua

TABELA 6 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERTISE E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA PRIMEIRA RODADA - 2015

conclusão

Questões	Respostas	Expertise (n=23)		Valor-p
		Emergência (n=10)	Segurança do Paciente (n=13)	
20. Clareza	Concorda	10	8	0,0457
	Discorda	-	5	
21. Precisão	Concorda	9	9	0,3393
	Discorda	1	4	
22. Pertinência	Concorda	10	11	0,4861
	Discorda	-	2	
23. Validade	Concorda	10	10	0,2292
	Discorda	-	3	
24. Viabilidade	Concorda	10	12	1,0000
	Discorda	-	1	
25. Título de cada categoria está adequado	Concorda	10	12	1,0000
	Discorda	-	1	
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	Concorda	9	12	1,0000
	Discorda	1	1	
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	Concorda	10	13	1,0000
	Discorda	-	-	
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	Concorda	10	12	1,0000
	Discorda	-	1	
29. Replicação do <i>checklist</i>	Concorda	9	12	1,0000
	Discorda	1	1	
30. Confirma ações mínimas de segurança	Concorda	10	13	1,0000
	Discorda	-	-	
31. Elementos faltantes no instrumento	Concorda	7	10	1,0000
	Discorda	3	3	

FONTE: O autor (2015)

NOTA: Valor-p calculado pelo teste exato de Fisher

TABELA 7 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA PRIMEIRA RODADA 2015

Questões	Respostas	Campo atuação (n=20)		Valor-p
		Assistência (n=4)	Docência (n=16)	
1. Paciente identificado?	Concorda	4	16	-
	Discorda	-	-	
2. Identificação legível?	Concorda	4	13	1,0000
	Discorda	-	3	
3. Identificação com ≥ 2 informações?	Concorda	4	14	1,0000
	Discorda	-	2	
4. Identificação da classificação de risco?	Concorda	4	11	0,5304
	Discorda	-	5	

continua

TABELA 7 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA PRIMEIRA RODADA 2015

continuação

Questões	Respostas	Campo atuação (n=20)		Valor-p
		Assistência (n=4)	Docência (n=16)	
5. Paciente é alérgico?	Concorda	4	13	1,0000
	Discorda	-	3	
6. Se alérgico, identificado como tal?	Concorda	4	12	0,5377
	Discorda	-	4	
7. Infusões identificadas?	Concorda	4	14	1,0000
	Discorda	-	2	
8. Grades elevadas?	Concorda	4	15	1,0000
	Discorda	-	1	
9. Apresenta risco para queda?	Concorda	4	11	0,5304
	Discorda	-	5	
10. Sinalizado o risco de queda?	Concorda	4	14	1,0000
	Discorda	-	2	
11. Álcool no ponto de assistência?	Concorda	4	10	0,2674
	Discorda	-	6	
12. Risco para integridade cutânea?	Concorda	4	12	0,5377
	Discorda	-	4	
13. Há lesão de pele instalada?	Concorda	4	14	1,0000
	Discorda	-	2	
14. Conduta adotada	Concorda	3	9	0,6186
	Discorda	1	7	
15. Em pré-operatório?	Concorda	4	11	0,5304
	Discorda	-	5	
16. Paciente em jejum?	Concorda	4	14	1,0000
	Discorda	-	2	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	Concorda	2	16	0,0317
	Discorda	2	-	
18. Tipagem sanguínea realizada?	Concorda	3	16	0,2000
	Discorda	1	-	
19. Objetividade	Concorda	3	13	1,0000
	Discorda	1	3	
20. Clareza	Concorda	4	12	0,5377
	Discorda	-	4	
21. Precisão	Concorda	3	12	1,0000
	Discorda	1	4	
22. Pertinência	Concorda	4	14	1,0000
	Discorda	-	2	
23. Validade	Concorda	4	13	1,0000
	Discorda	3	3	
24. Viabilidade	Concorda	4	15	1,0000
	Discorda	-	1	

continua

TABELA 7 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA PRIMEIRA RODADA 2015

conclusão

Questões	Respostas	Campo atuação (n=20)		Valor-p
		Assistência (n=4)	Docência (n=16)	
25. Título de cada categoria está adequado	Concorda	4	15	1,0000
	Discorda	-	1	
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	Concorda	3	15	1,0000
	Discorda	1	1	
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	Concorda	4	16	-
	Discorda	-	-	
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	Concorda	4	15	1,0000
	Discorda	-	1	
29. Replicação do <i>checklist</i>	Concorda	4	16	-
	Discorda	-	-	
30. Confirma ações mínimas de segurança	Concorda	4	16	-
	Discorda	-	-	
31. Elementos faltantes no instrumento	Concorda	3	11	1,0000
	Discorda	1	5	

FONTE: O autor (2015)

NOTA: Valor-p calculado pelo teste exato de Fisher

Relativo à tabela 7, comparação entre a concordância dos especialistas de acordo com o campo de atuação assistência e docência, demonstra-se que o valor-p não foi significativo, e portanto, os resultados informam que não houve diferença entre as respostas de especialistas que atuam na assistência e de especialistas que atuam na docência.

5.2.3 Resultados da segunda rodada de validação

5.2.3.1 Descrição das respostas relativas à segunda rodada de avaliação

Na tabela 8 são descritos os resultados referentes à concordância dos participantes na avaliação do conteúdo dos itens individuais do *checklist* realizada na segunda rodada de validação, com o percentual organizado nos quatro escores de respostas 'discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente'; e no agrupamento das respostas 'Concordo' e 'Concordo totalmente'.

Verifica-se que todos os itens atingiram a média para considerar sua validade, com apenas dois itens com IVC inferior a 90% (itens 4 e 5), estando os demais entre 90% e 100% de concordância.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS CONCORDÂNCIAS DAS QUESTÕES 1 A 31 DO QUESTIONÁRIO NA SEGUNDA RODADA DE AVALIAÇÃO 2015

Questão	Discordo totalmente (%)	Discordo (%)	Concordo (%)	Concordo totalmente (%)	Concordância (%)
1. Paciente está identificado?	-	5	15	80	95
2. A identificação está legível?	-	-	10	90	100
3. Identificação contém duas ou mais informações?	-	-	15	85	100
4. Classificação de risco identificada?	20	10	10	60	70
5. Paciente alérgico?	5	15	15	65	80
6. Se alérgico, está identificado?	-	-	5	95	100
7. As infusões estão identificadas?	-	-	-	100	100
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	-	5	25	70	95
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	5	-	5	90	95
10. As grades estão elevadas?	5	-	15	80	95
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	5	5	5	85	90
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	-	10	15	75	90
13. Sinalizado o grau de risco?	10	-	35	55	90
14. Apresenta úlcera por pressão?	-	-	30	70	100
15. Paciente em pré-operatório?	-	-	5	95	100

continua

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS CONCORDÂNCIAS DAS QUESTÕES 1 A 31 DO QUESTIONÁRIO NA SEGUNDA RODADA DE AVALIAÇÃO 2015

continua

Questão	Discordo totalmente (%)	Discordo (%)	Concordo (%)	Concordo totalmente (%)	Concordância (%)
16. Paciente em jejum?	5	-	5	90	95
17. Sítio cirúrgico demarcado?	-	-	5	95	100
18. Tipagem sanguínea realizada?	-	-	10	90	100
19. Objetividade	-	-	20	80	100
20. Clareza	-	-	25	75	100
21. Precisão	-	-	30	70	100
22. Pertinência	-	5	10	85	95
23. Validade	-	-	25	75	100
24. Viabilidade	-	-	35	65	100
25. Título de cada categoria está adequado	-	-	20	80	100
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	-	-	30	70	100
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	-	-	10	90	100
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	-	-	15	85	100
29. Replicação do <i>checklist</i>	-	5	35	60	95
30. Confirma ações mínimas de segurança	-	-	5	95	100
31. Elementos faltantes no instrumento	60	15	15	10	25

FONTE: A autora (2015)

NOTA: A última coluna refere-se à porcentagem resultante do agrupamento das respostas 'concordo e concordo totalmente'

5.2.3.2 Análise das respostas de avaliação e concordância na segunda rodada de validação de acordo com a caracterização dos participantes

Assim como na rodada anterior foram verificadas as hipóteses de divergência de respostas entre os especialistas conforme titulação, expertise na área de segurança do paciente e campo da atuação profissional. Observa-se que a verificação da divergência das respostas, ou seja, o cálculo de p não foi possível em vários itens do questionário de avaliação, uma vez que estes não obtiveram discordância, mas sim 100% de aceitação (TABELA 9, 10 e 11). Dos itens em que o cálculo foi possível, o p não demonstrou diferença estatística significativa.

TABELA 9 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA SEGUNDA RODADA 2015

Questões	Respostas	Titulação		Valor-p
		(n=20)		
		Doutorado (n=12)	Não doutorado (n=8)	
1. Paciente está identificado?	Concorda	11	8	1,0000
	Discorda	1	-	
2. A identificação está legível?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
3. Identificação com duas ou mais informações?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
4. Classificação de risco identificada?	Concorda	8	4	1,0000
	Discorda	6	2	
5. Paciente é alérgico?	Concorda	8	8	1,0000
	Discorda	4	-	
6. Se alérgico, está identificado?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
7. As infusões estão identificadas?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	Concorda	11	8	1,0000
	Discorda	1	-	
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	Concorda	11	8	1,0000
	Discorda	1	-	
10. As grades estão elevadas?	Concorda	11	8	1,0000
	Discorda	1	-	
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	Concorda	11	7	1,0000
	Discorda	1	1	
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	Concorda	11	7	1,0000
	Discorda	1	1	

continua

TABELA 9 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A TITULAÇÃO E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA SEGUNDA RODADA 2015

				conclusão
Questões	Respostas	Titulação (n=20)		Valor-p
		Doutorado (n=12)	Não doutorado (n=8)	
13. Sinalizado o grau de risco?	Concorda	10	8	1,0000
	Discorda	2	-	
14. Apresenta úlcera por pressão?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
15. Paciente em pré-operatório?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
16. Paciente em jejum?	Concorda	11	8	1,0000
	Discorda	1	-	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
18. Tipagem sanguínea realizada?	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
19. Objetividade	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
20. Clareza	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
21. Precisão	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
22. Pertinência	Concorda	11	8	1,0000
	Discorda	1	-	
23. Validade	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
24. Viabilidade	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
25. Título de cada categoria está adequado	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
29. Replicação do <i>checklist</i>	Concorda	12	7	1,0000
	Discorda	-	1	
30. Confirma ações mínimas de segurança	Concorda	12	8	-
	Discorda	-	-	
31. Elementos faltantes no instrumento	Concorda	3	2	1,0000
	Discorda	9	6	

FONTE: o autor (2015)

NOTA: Valor-p calculado pelo teste exato de Fisher

TABELA 10 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERTISE E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA SEGUNDA RODADA 2015

Questões	Respostas	Expertise (n=20)		Valor-p
		Emergência (n=9)	Segurança do Paciente (n=11)	
1. Paciente está identificado?	Concorda	9	10	1,0000
	Discorda	-	1	
2. A identificação está legível?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
3. Identificação com duas ou mais informações?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
4. Classificação de risco identificada?	Concorda	6	8	0,9676
	Discorda	3	3	
5. Paciente é alérgico?	Concorda	9	7	0,9676
	Discorda	-	4	
6. Se alérgico, está identificado?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
7. As infusões estão identificadas?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	Concorda	9	10	1,0000
	Discorda	-	1	
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	Concorda	9	10	1,0000
	Discorda	-	1	
10. As grades estão elevadas?	Concorda	9	10	1,0000
	Discorda	-	1	
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	Concorda	8	10	1,0000
	Discorda	1	1	
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	Concorda	8	10	1,0000
	Discorda	1	1	
13. Sinalizado o grau de risco?	Concorda	9	9	1,000
	Discorda	-	2	
14. Apresenta úlcera por pressão?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
15. Paciente em pré-operatório?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
16. Paciente em jejum?	Concorda	9	10	1,0000
	Discorda	-	1	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
18. Tipagem sanguínea realizada?	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
19. Objetividade	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
20. Clareza	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	

continua

TABELA 10 – ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERTISE E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA SEGUNDA RODADA 2015

conclusão

Questões	Respostas	Expertise (n=20)		Valor-p
		Emergência (n=9)	Segurança do Paciente (n=11)	
21. Precisão	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
22. Pertinência	Concorda	9	10	1,0000
	Discorda	-	1	
23. Validade	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
24. Viabilidade	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
25. Título de cada categoria está adequado	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
29. Replicação do <i>checklist</i>	Concorda	8	11	1,0000
	Discorda	1	-	
30. Confirma ações mínimas de segurança	Concorda	9	11	-
	Discorda	-	-	
31. Elementos faltantes no instrumento	Concorda	2	3	0,7866
	Discorda	7	8	

FONTE: A autora (2015)

NOTA: Valor-p calculado pelo teste exato de Fisher

TABELA 11 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O CAMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA SEGUNDA RODADA 2015

Questões	Respostas	Campo atuação (n=17)		Valor-p
		Assistência (n=4)	Docência (n=13)	
1. Paciente está identificado?	Concorda	4	12	0,1000
	Discorda	-	1	
2. A identificação está legível?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
3. Identificação com duas ou mais informações?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
4. Classificação de risco identificada?	Concorda	4	8	0,2605
	Discorda	-	5	
5. Paciente é alérgico?	Concorda	4	9	0,5194
	Discorda	-	4	

continua

TABELA 11 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O CAMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA SEGUNDA RODADA 2015

continuação

Questões	Respostas	Campo atuação (n=17)		Valor-p
		Assistência (n=4)	Docência (n=13)	
6. Se alérgico, está identificado?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
7. As infusões estão identificadas?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	Concorda	4	12	1,0000
	Discorda	-	1	
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	Concorda	4	12	1,0000
	Discorda	-	1	
10. As grades estão elevadas?	Concorda	4	12	1,0000
	Discorda	-	1	
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	Concorda	3	12	0,4265
	Discorda	1	1	
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	Concorda	3	12	0,4265
	Discorda	1	1	
13. Sinalizado o grau de risco?	Concorda	4	14	1,0000
	Discorda	-	2	
14. Apresenta úlcera por pressão?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
15. Paciente em pré-operatório?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
16. Paciente em jejum?	Concorda	4	12	1,0000
	Discorda	-	1	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
18. Tipagem sanguínea realizada?	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
19. Objetividade	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
20. Clareza	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
21. Precisão	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
22. Pertinência	Concorda	4	12	1,0000
	Discorda	-	1	
23. Validade	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
24. Viabilidade	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
25. Título de cada categoria está adequado	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	

continua

TABELA 11 – ASSOCIAÇÃO ENTRE O CAMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS RESPOSTAS DA AVALIAÇÃO DOS ITENS DO *CHECKLIST* NA SEGUNDA RODADA 2015

				conclusão
Questões	Respostas	Campo atuação (n=17)		Valor-p
		Assistência (n=4)	Docência (n=13)	
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
29. Replicação do <i>checklist</i>	Concorda	3	13	1,0000
	Discorda	1	-	
30. Confirma ações mínimas de segurança	Concorda	4	13	-
	Discorda	-	-	
31. Elementos faltantes no instrumento	Concorda	1	4	1,0000
	Discorda	3	9	

FONTE: A autora (2015)

NOTA: Valor-p calculado pelo teste exato de Fisher

De maneira geral houve maior índice de concordância e menos sugestões para aprimorar o instrumento na segunda rodada, em virtude de que as considerações da primeira rodada foram consideradas para a definição da segunda versão do *checklist*, avaliada na segunda rodada de validação.

5.2.4 Comparação dos resultados de concordância nas rodadas de validação

Abaixo estão demonstrados os índices de concordância e redação das questões, de forma comparativa, entre as rodadas de validação, com destaque em **negrito** para *déficit* do escore de concordância na segunda rodada de três dos 31 itens do questionário de avaliação (TABELA 12).

TABELA 12 – COMPARAÇÃO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO E REDAÇÃO DAS QUESTÕES DO CHECKLIST NAS PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS DE VALIDAÇÃO 2015

1ª RODADA		2ª RODADA	
Questão	Concorda % (n=23)	Questão	Concorda % (n=20)
1. Paciente identificado?	100	1. Paciente está identificado?	95
2. Identificação legível?	87	2. A identificação está legível?	100
3. Identificação com ≥ 2 informações?	91,3	3. Identificação com duas ou mais informações?	100
4. Identificação da classificação de risco?	73,9	4. Classificação de risco identificada?	70
5. Paciente é alérgico?	87	5. Paciente é alérgico?	80
6. Se alérgico, identificado como tal?	82,6	6. Se alérgico, está identificado?	100
7. Infusões identificadas?	91,3	7. As infusões estão identificadas?	100
8. Grades elevadas?	91,3	10. As grades estão elevadas?	95
9. Apresenta risco para queda?	78,3	9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	95
10. Sinalizado o risco de queda?	91,3	8. Sinalizado o grau de risco para queda?	95
11. Álcool no ponto de assistência?	73,9	11. Solução alcoólica próxima ao paciente?	90
12. Risco para integridade cutânea?	78,3	12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	90
13. Há lesão de pele instalada?	87	14. Apresenta úlcera por pressão?	90
14. Conduta adotada	65,2	13. Sinalizado o grau de risco?	100
15. Em pré-operatório?	78,3	15. Paciente em pré-operatório?	100
16. Paciente em jejum?	91,3	16. Paciente em jejum?	95
17. Sítio cirúrgico demarcado?	91,3	17. Sítio cirúrgico demarcado?	100
18. Tipagem sanguínea realizada?	95,7	18. Tipagem sanguínea realizada?	100

continua

TABELA 12 – COMPARAÇÃO DO ÍNDICE DE VALIDADE DE CONTEÚDO E REDAÇÃO DAS QUESTÕES DO CHECKLIST NAS PRIMEIRA E SEGUNDA RODADAS DE VALIDAÇÃO 2015

1ª RODADA		2ª RODADA		conclusão
Questão	Concorda % (n=23)	Questão	Concorda % (n=20)	
19. Objetividade	82,6	19. Objetividade	100	
20. Clareza	78,3	20. Clareza	100	
21. Precisão	78,3	21. Precisão	100	
22. Pertinência	91,3	22. Pertinência	95	
23. Validade	87	23. Validade	100	
24. Viabilidade	95,7	24. Viabilidade	100	
25. Título de cada categoria está adequado	95,7	25. Título de cada categoria está adequado	100	
26. Títulos e questões contemplam o PNSP	91,3	26. Títulos e questões contemplam o PNSP	100	
27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	100	27. Uso do instrumento na prevenção de incidentes	100	
28. Uso do instrumento na identificação de riscos	95,7	28. Uso do instrumento na identificação de riscos	100	
29. Replicação do <i>checklist</i> em outros serviços	91,3	29. Replicação do <i>checklist</i> em outros serviços	95	
30. Confirma ações mínimas de segurança	100	30. Confirma ações mínimas de segurança	100	
31. Elementos faltantes no instrumento	73,9	31. Elementos faltantes no instrumento	25	

FONTE: A autora (2015)

Os dados comparativos mostram que na segunda rodada de validação os itens 1, 4 e 5 obtiveram redução no IVC. A redação dos itens 1 e 4 retornou à forma apresentada na primeira versão do *checklist*, a fim de manter maior adequação. O item 5 apresentou divergências nas sugestões, porém optou-se por mantê-lo conforme a segunda versão visto que as sugestões da primeira rodada foram consideradas mais assertivas quanto ao propósito da questão.

Nas questões de 1 a 18 predominaram sugestões para realização de revisão de português e troca de termos na redação da pergunta ou na opção de resposta. É

importante salientar que houve questionamentos acerca dos parâmetros sobre a avaliação e sinalização dos riscos de queda e úlceras por pressão para que direcione o profissional durante as conferências destes itens do *checklist*; o que originou a adição das escalas de mensuração de risco no verso da segunda versão do instrumento antes do envio para a segunda rodada de julgamento. As questões 19 a 24, referentes aos atributos do instrumento, obtiveram aumento na convergência de respostas na segunda rodada.

As questões de 25 a 30 investigam o instrumento de maneira geral avaliando se os títulos das categorias e das perguntas estão adequados ao conteúdo e ao contexto da segurança do paciente. Ainda, se o *checklist* auxilia na prevenção de incidentes e, conseqüentemente, na identificação dos riscos dos pacientes, se ele pode ser utilizado nos serviços, se há ações mínimas de segurança e se há carência de elementos a serem avaliados. Todos os itens da avaliação geral foram mais bem aceitos na segunda rodada obtendo aumento dos seus IVC individuais; e destaca-se a concordância dos especialistas no quesito 'Há elementos faltantes no instrumento' em que a discordância foi acima de 70%, o que leva a afirmar que mais de 70% dos participantes acreditam não faltar itens de acordo com a proposta estabelecida para o *checklist*.

Ao avaliar o IVC dos itens do questionário todo se observa que na segunda rodada o instrumento atingiu índice de 0,94, superior ao da primeira rodada, o que reforça a validade de seu conteúdo já alcançada na primeira rodada. O alpha de Crombach indicou confiabilidade do instrumento mantendo-se em 0,91 nas duas rodadas.

6 DISCUSSÃO

A construção de ferramentas do tipo *checklist* é considerada uma estratégia para a melhoria da qualidade da assistência em saúde e, conseqüentemente, da segurança do paciente. O impacto de dados mundiais acerca da relação da incidência de erros decorrentes do cuidado (LEAPE; 1991; KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1999) destacou o assunto, o que salienta a necessidade de melhoria da qualidade. No Brasil, iniciativa atual corresponde à inserção do PNSP, cujo objetivo principal é promover a segurança do paciente por meio da implementação de medidas eficazes (BRASIL, 2013a).

O uso de instrumentos e tecnologias no cuidado pode ser considerado uma estratégia e a área da segurança do paciente, atualmente, é uma das que se destacam na contribuição de novas tecnologias (FIOCRUZ, 2014). Nesse contexto, o *checklist* é aliado importante no combate aos eventos adversos e na promoção da segurança do paciente considerando os benefícios demonstrados, como a redução de mortes e complicações pós-operatórias, a melhoria da comunicação, do trabalho em equipe e o desenvolvimento de uma cultura de segurança (HAYNES *et al.*, 2009; OMS, 2009; VRIES *et al.*, 2010; NUGENT *et al.*, 2013; GILLESPIE *et al.*, 2014). As listas de checagem servem de roteiro que auxilia na prevenção de incidentes por falhas ou esquecimento, principalmente em situações ou ambientes de cuidados complexos e repetitivos (FRAGATA, 2010).

Considerando a área para a qual se destina o produto desta pesquisa – emergências médicas – deve-se considerar que a natureza do trabalho da equipe de enfermagem no atendimento contínuo e ações de repetição predispõem a ocorrência de erros que podem acarretar danos aos pacientes. Neste sentido, a adoção de *checklist* para o cotidiano da assistência consiste em uma estratégia viável para a prevenção de agravos. O instrumento desta pesquisa pode pontuar potenciais problemas que levam à insegurança do paciente, originar indicadores de processo e gerar índices da qualidade da assistência.

Entretanto, para que seja adotado o uso de instrumentos novos é essencial que os mesmos sejam considerados seguros e, segundo Mcglynn e Asch (1998), isso é possível ao comprovar que o instrumento mede o fenômeno que se propôs a medir a partir da sua validação de conteúdo. Na enfermagem, revisão integrativa em

bases nacionais e internacionais de 2013 demonstrou que a validação de conteúdo é o método mais utilizado nos estudos (RIBEIRO *et al.*, 2013).

Nesta pesquisa, a etapa de validação foi realizada em duas rodadas, o que permitiu seu aprimoramento. O questionário de avaliação, composto por 31 questões, permitiu o julgamento e resultou IVC de, no mínimo, 70%, e considerado válido, sem necessidade de realização de nova rodada de julgamento pelos especialistas. Entretanto, a fim de alcançar o máximo de convergência de respostas e o mais alto grau de confiabilidade do instrumento, todos os itens foram adequados e reavaliados numa segunda rodada. A seguir, discutimos os resultados da primeira e da segunda rodada, subdividindo o capítulo pela caracterização dos participantes, julgamento dos itens individuais do *checklist*, atributos do instrumento e avaliação geral do mesmo. Iniciamos pela caracterização dos especialistas, pois permite a contextualização dos julgamentos de acordo com sua expertise.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ESPECIALISTAS

Na grande parte dos participantes desta pesquisa, tanto na primeira rodada quanto na segunda prevaleceu o sexo feminino, dados que corroboram a outros estudos de validação da área da enfermagem (SEGANFREDO; ALMEIDA, 2011; RODRIGUES *et al.*, 2012; BORGES *et al.*, 2013; POMPEO; ROSSI; PAIVA, 2014); fato que pode estar relacionado à questão da Enfermagem ser constituída, em sua maioria, por mulheres; apesar de ser crescente o quantitativo masculino na profissão (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012) .

Nesta pesquisa, a enfermagem foi a categoria profissional que obteve maior número de participantes (91,3% na primeira rodada e 90% na segunda). Apesar de serem incluídos profissionais médicos e farmacêuticos na busca ativa, estes representaram, respectivamente, 10% e 8,7% do comitê de especialistas. Considerando a titulação e o tempo de formação, dados importantes que conferem perícia dos especialistas no tema (MELO *et al.*, 2011), prevaleceu a qualificação máxima de doutores e com participantes com pós-doutorado.

Com relação à média de idade apresentada pelos participantes, 38 anos, assemelha-se a outro estudo de validação de instrumento brasileiro, que buscou avaliar a habilidade da mensuração da pressão arterial de graduandos de instituições de ensino de nível técnico e superior de enfermagem no ano de 2012

cujas médias dos participantes do comitê de especialistas foi de 36,6 anos (TIBÚRCIO *et al.*, 2014).

O quantitativo de especialistas para: a) expertise em segurança do paciente e em emergência e b) atuação em docência e em assistência foi semelhante para as duas rodadas (TABELA 3). A presença de especialistas com atuação na assistência e na pesquisa/docência é positiva uma vez que elencar especialistas é tarefa complexa devido à falta de consenso na forma de seleção e os participantes com estas características eram essenciais para promover o julgamento teórico do conteúdo e da sua potencial aplicabilidade no contexto assistencial.

Os resultados dos cruzamentos para verificar a divergência entre: a) respostas e titulação, b) respostas e expertise em segurança do paciente e emergência e c) respostas e o campo de atuação, temos que as tabelas 9, 10 e 11, referentes à segunda rodada de validação, apresentaram itens cuja realização do cálculo para obtenção do valor-p não foi possível; resultado que para a pesquisa atribui característica positiva e importante, pois denota que estes itens alcançaram 100% de concordância apesar da diferença entre a expertise dos participantes.

Na análise da hipótese de diferença entre as respostas dos especialistas doutores e não doutores todos os itens apresentaram valor-p acima de 0,05, o que evidencia não haver diferenças. Demonstrou-se que os especialistas responderam semelhantemente mesmo com uma amostragem com diferenças na titulação (graduados e pós-graduados) (TABELA 9), o que reafirma a qualidade da avaliação. A experiência no campo profissional da assistência é outro fator relacionado à pouca divergência na avaliação entre os especialistas, pois esta expertise acrescentou valor na avaliação do instrumento para a prática do cotidiano da assistência nos serviços de emergência.

Ao avaliar se houve diferença significativa na associação entre a expertise dos especialistas e as respostas da avaliação do *checklist* evidencia-se que houve a diferença no quesito 'clareza do instrumento' na primeira rodada. Nos demais quesitos as respostas demonstraram não haver divergência de respostas entre os profissionais com expertise em emergência dos que possuem expertise em segurança do paciente.

6.2 JULGAMENTO DOS ITENS DO CHECKLIST

Os itens do *checklist* foram replicados no questionário de avaliação; todos foram avaliados e alcançaram o escore de validade. Entretanto, mesmo com o alcance do índice eles foram adequados conforme as sugestões dos especialistas em ambas as rodadas. Considerando que o instrumento foi estruturado em categorias norteadas pelos protocolos do PNSP, sua organização vem ao encontro das Metas Internacionais para a Segurança do Paciente, as quais buscam a redução dos riscos e incidentes relacionados à identificação de pacientes, falhas de comunicação, erros de medicação, erros em procedimentos cirúrgicos, infecções associadas ao cuidado e quedas dos pacientes (ANVISA, 2013b).

Como o *checklist* foi criado a partir das recomendações e protocolos, com ações de prevenção de diferentes naturezas, inicialmente foram apresentados dois modelos da primeira versão do *checklist*, os quais se diferenciavam apenas em relação à organização gráfica, conforme apresentados nos resultados (FIGURAS 4 e 5). Desta forma, a discussão dos dados apresenta-se organizada de acordo com as categorias do *checklist* e apresentados na forma de recorte da versão final intitulada “*Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência*”.

6.2.1 Identificação do paciente

FIGURA 10 – CATEGORIA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DA VERSÃO FINAL DO *CHECKLIST*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada a identificação
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. A identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

FONTE: O autor (2015)

A identificação do paciente é um dos temas principais e nitidamente essencial para a sua segurança. Uma falha na identificação pode desencadear diferentes erros durante o cuidado, como incidentes no processo de administração de medicamentos, transfusões sanguíneas, procedimentos diagnósticos e cirúrgicos (WHO, 2007). Apesar da sua importância e de ser uma prática recomendada

mundialmente, evidencia-se pouco o seu reconhecimento na prevenção de danos, já que esses também decorrem de inadequada identificação ou sua conferência (TASE *et al.*, 2013).

Na presente pesquisa a identificação do paciente é o primeiro item a ser verificado e destacou-se por ser o único da categoria que obteve 100% de concordância dos participantes. Apesar de alcançar o escore máximo de aceitação este item recebeu sugestões para melhorar a redação e questionamentos sobre a definição, no instrumento, de dispositivo padrão para a identificação do paciente.

Esta categoria foi a única que não gerou questionamentos sobre a importância e real necessidade, finalidade ou dupla interpretação, o que indicou a clareza sobre a identificação do paciente como processo intrínseco e essencial do cuidado. Entretanto, estudo de 2011 realizado em dois hospitais gerais do norte da Inglaterra documentou como as pulseiras de identificação eram utilizadas e evidenciou que, na prática, há falta de padronização no seu uso, o que incorre em riscos para o paciente (SMITH *et al.*, 2011).

A inserção deste item de checagem justifica-se pelo fato de que a identificação do paciente não é rotina em todas as instituições no Brasil, e mesmo na forma de identificar os pacientes, este processo ainda é falho e acarreta danos. É preciso reconhecer o importante papel da identificação para a assistência segura (QUADRADO; TRONCHIN, 2012). Um exemplo de não adesão completa à estratégia foi apresentado em um estudo de 2012 realizado em um hospital universitário do sul do Brasil o qual mostrou que mesmo implantada na rotina, havia pacientes sem o uso da pulseira (4,2%) e inconformidade na identificação (11,9%) comprometendo a segurança (HOFFMEISTER; MOURA, 2015).

Além de identificar corretamente o paciente é necessário conferir os dados em todos os momentos do cuidado, ações muitas vezes negligenciadas. Identificar corretamente refere-se à inserção de dados que possam diferenciar tal paciente de outros e, desta forma, oferecer o atendimento ao paciente correto (BRASIL, 2013d). Nesse sentido, recomenda-se que o paciente seja identificado logo ao chegar no serviço de saúde, por meio de uma pulseira cuja identificação esteja e mantenha-se legível até o fim do tratamento, com as informações: nome do paciente completo, nome da mãe, data de nascimento, número do prontuário ou atendimento, sendo no mínimo dois desses dados disponibilizados no dispositivo (BRASIL, 2013d).

Seguindo o raciocínio anterior, os itens 2 e 3 desta categoria referem-se, respectivamente, à legibilidade da identificação do paciente e a presença de duas ou mais informações que o distingue dos demais pacientes. Optou-se por inserir estes dois itens de checagem, pois supõe-se que nos serviços nos quais a prática da identificação não é padronizada, a legibilidade e o registro de informações que diferenciam os pacientes uns dos outros não é prioridade. Apesar disso, os itens atingiram 87% e 91,3% de concordância na primeira rodada e 100% na segunda, representando unanimidade na opinião dos especialistas sobre a importância desta checagem.

Um estudo longitudinal brasileiro, realizado em hospital de ensino com 800 leitos e que visou verificar a prática assistencial em unidade de terapia intensiva, por meio da observação das ações da enfermagem relativas à segurança do paciente, evidenciou que em 89% das pulseiras de identificação continham mais de duas informações e que a identificação dos leitos estava correta em 95% das observações (BARBOSA *et al.*, 2014). Esse resultado reforça que, apesar de estar intrínseca ao cuidado, a identificação do paciente ainda é negligenciada por diversos fatores, fato que confirma a importância da presente pesquisa em inserir, como item de conferência, a identificação do paciente e a legibilidade do dispositivo identificador.

Outro estudo brasileiro que objetivou verificar a adesão dos profissionais à conferência da identificação do paciente na pulseira concluiu que a implementação de rotinas simples e treinamento aos profissionais reforçam a adesão e auxiliam na diminuição das chances de erros por identificação (HEMESATH *et al.*, 2015). Da mesma forma, salienta-se a importância da adoção de medidas preventivas, como a inserção de *checklists*, uma vez que estes atuam como lembretes, além de direcionar o cuidado.

Com relação ao item 4 do *checklist*, sobre a presença do dispositivo que identifica que o paciente passou pela triagem de classificação de risco, observa-se variação entre 73,9% e 70% dos escores de concordâncias nas rodadas um e dois, respectivamente, baixos quando comparados aos dos demais itens desta categoria.

Os escores podem sinalizar que há comprometimento da compreensão do item e da viabilidade de conferência, uma vez que houve sugestões de troca de termos e de alteração da redação, além de apontamento de que o *checklist* determinasse uma classificação de risco a ser seguida. Não houve comentários

sobre a relevância do item e, desta forma, este se manteve no instrumento com adaptações e passou por nova avaliação dos especialistas.

Conferir a presença da pulseira de classificação de risco é uma estratégia sugerida a fim de checar que o paciente recebeu avaliação do seu estado geral e aguarda atendimento conforme o risco de vida, promovendo sua segurança. A estratégia de triar os pacientes de acordo com sua gravidade, estimando o tempo de espera para o atendimento, permite organizar o serviço e melhor identificar os pacientes (FERNANDES; LIMA; RIBEIRO, 2012).

Estudo brasileiro de 2014 que buscou avaliar a percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em serviços de pronto-atendimento constatou que, segundo os enfermeiros, a classificação de risco promove organização do serviço e segurança aos pacientes, uma vez que ao detectar e priorizar os atendimentos de maior risco evita piora do quadro clínico e consequências ao paciente (DURO *et al.*, 2014).

6.2.2 Administração de medicamentos

FIGURA 11 – CATEGORIA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA VERSÃO FINAL DO CHECKLIST

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas

FONTE: O autor (2015)

A alergia é considerada uma reação adversa ao medicamento quando não se conhece o processo alérgico até o momento em que há a exposição; porém, quando é condição conhecida e o medicamento é administrado erroneamente, passa a ser um erro de medicação (OMS, 2011b). Nesse sentido, investigar o paciente em busca de informações a fim de confirmar presença ou ausência de alergia evita incidentes, auxilia na elaboração da prescrição de fármacos e do planejamento de cuidados adequados ao paciente (CARNEIRO *et al.*, 2011; BRASIL, 2013d).

Nesse sentido, salienta-se nesta pesquisa a necessidade de não apenas verificar a alergia como de sinalizar para os profissionais que o paciente possui esse risco (questões 5 e 6 do *checklist*). Os itens obtiveram IVC que validam seu conteúdo, porém a questão 5 foi uma das que apresentou redução na segunda rodada.

Ao investigar sobre a ocorrência de *near misses* relacionados à segurança de pacientes em uma unidade cirúrgica de Paranaguá, Bezerra e Silva (2015) encontraram que 94,4% dos registros eram relativos à medicação. Destes, 88,9% foram casos de potencial risco para incidente devido à alergia do paciente, uma vez que houve a prescrição de medicamento alergênico. Os incidentes não aconteceram, pois os pacientes, em todos os casos, interferiram no momento da sua administração (PARANAGUÁ; BEZZERRA; SILVA, 2015). Esses resultados convergem para o uso de *checklist* como benéfico, pois pode direcionar os profissionais a realizar medidas simples que tragam segurança: a conferência das ações e a comunicação no caso da sinalização da alergia.

O item 7 se destina a conferir se o paciente está com acessos venosos instalados e pervingos, e com a infusão medicamentosa identificada corretamente. A inadequada identificação dos medicamentos com omissões sobre dose, aprazamento, tempo de infusão somados a não identificação do paciente podem gerar incidentes como troca de medicação, ultrapassar o tempo de infusão e interromper o efeito, promover erro de dosagem, de administração do medicamento em outro paciente e não ao qual se destina, entre outros (OMS, 2009).

A presente questão gerou sugestões como alteração da redação, o estabelecimento de identificação padrão para alergias e um campo para o registro do tipo da alergia. Considerando-se que a padronização de um identificador depende das condições de fornecimento pelo estabelecimento, e muitas instituições possuem seus identificadores próprios que atendem à sua demanda e rotina, não foi acatada a sugestão de adoção de um padrão. Entretanto, o *checklist* é adaptável ao contexto institucional, podendo ser modificado para atender às diferentes necessidades.

6.2.3 Risco de quedas

FIGURA 12 – CATEGORIA RISCO DE QUEDAS DA VERSÃO FINAL DO *CHECKLIST*

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas

FONTE: O autor (2015)

Estudo realizado a partir da coleta de 826 boletins de notificação de eventos adversos evidenciou que 10,7% eram relativos à queda, sendo 55% dos casos quedas do leito (PAIVA *et al.*; 2010) e os idosos são mais acometidos por esse risco, segundo Costa e colaboradores (2010). É certo que grades abaixadas ou inexistentes são fatores que contribuem para quedas (MELISSA *et al.*, 2005; DICCINI; PINHO; SILVA, 2008) e a manutenção desses dispositivos é medida preventiva básica, de baixo custo, isenta da aquisição de novas tecnologias e essencial para prevenir esse desfecho.

Na primeira versão do *checklist* os itens elaborados foram: ‘grades elevadas?’, ‘apresenta risco para queda?’ e ‘sinalizado o risco de queda?’. Algumas sugestões para aprimorar o instrumento foram a de inserir um item sobre a orientação do paciente ou familiar sobre o risco de queda, a mudança de ordem de questões em que o item ‘grades elevadas’ deveria vir posteriormente à pergunta ‘risco de quedas’. Nesse sentido, considerou-se pertinente as sugestões e os itens foram adaptados para ‘Sinalizado o grau de risco para queda?’, ‘Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?’ e ‘As grades estão elevadas?’, respectivamente.

Nesta categoria houve questionamentos sobre quais parâmetros para mensuração do risco do paciente para quedas os profissionais deveriam seguir, com sugestão para a inserção de uma escala para mensuração juntamente com o *checklist*. Diante disso, optou-se pela inserção da escala de Morse (MORSE, 2009) no verso do instrumento como parâmetro, entretanto, salienta-se que o serviço pode realizar a adaptação que melhor se adequar à realidade, inclusive a troca por outra escala de avaliação do risco de quedas.

Assim como estão descritas como ações prioritárias no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013d), os itens ‘as grades estão elevadas’ e ‘paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda’ estão

entre as principais intervenções para o diagnóstico de Enfermagem ‘Risco de quedas’, e foram as mais prescritas pelos enfermeiros em estudo de 2012, que analisou 174 prescrições para pacientes com este diagnóstico (LUZIA; ALMEIDA; LUCENA, 2014).

As questões desta categoria sofreram modificações de redação da pergunta e troca na ordem sequencial conforme sugestões decorrentes da avaliação dos especialistas. Dentre os itens da categoria ‘Risco para quedas’ apenas o item ‘Apresenta risco para queda?’ foi excluído. Supõe-se que o risco de queda é iminente e existe a partir do momento em que o paciente adentra em ambiente hospitalar, com diferentes graus de risco. O protocolo de prevenção de quedas propõe a avaliação e definição do risco do paciente para que sejam adotadas medidas adequadas (BRASIL, 2013d). A escala de Morse define os diferentes graus de risco de queda como baixo, médio e alto (MORSE, 2009) e, desta forma, o presente trabalho sugere a *Morse Fall Scale*, já traduzida e adaptada para a língua portuguesa (URBANETTO *et al.*, 2013; COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Na segunda rodada, estes itens obtiveram 95% de concordância cada um, com apenas uma sugestão para que retornasse à redação inicial ‘Sinalizado o risco de queda?’. Visto que o escore de concordância foi maior após as correções da primeira rodada, na versão final o item manteve-se como na segunda. A sinalização do risco foi inserida como intervenção ao concluir que é uma ação a ser realizada a partir da identificação do risco por meio da avaliação profissional.

Durante o processo de validação um especialista atentou para a necessidade de inserção ou verificação de alarmes nas cabeceiras das camas e macas dos pacientes (APÊNDICE 7) como ação de checagem e prevenção. Entretanto, alarmes e outros dispositivos que sinalizam, por exemplo, o destravamento mecânico da cama, não parecem ser realidade nas instituições brasileiras, o que determinou a não inserção do sugerido. Ademais, estudos randomizados que buscaram analisar a eficácia das intervenções para prevenção de quedas, com destaque para o uso de alarmes nas camas, evidenciaram que esses dispositivos pouco interferem na sua prevenção em ambiente hospitalar (CUMING *et al.*, 2008; SAHOTA *et al.*, 2014).

6.2.4 Risco de infecção

FIGURA 13 – CATEGORIA RISCO DE INFECÇÃO DA VERSÃO FINAL DO *CHECKLIST*

RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próxima ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada

FONTE: O autor (2015)

A higiene das mãos é essencial na redução das IRAS, mas apesar de ser medida simples e de comprovada eficácia, a baixa adesão continua sendo um problema mundial (WHO, 2009). Nesse sentido, a OMS lançou em 2009 o Guia para a Implementação da Estratégia Multimodal tendo, entre os componentes-chave, o acesso à água, sabonete, papel-toalha e solução alcoólica. Nesse sentido, a presente pesquisa elencou como requisito básico a disponibilidade de solução alcoólica para a higienização das mãos pelos profissionais nos pontos de assistência ao paciente.

Na primeira versão descreveu-se a seguinte pergunta: ‘álcool no ponto de assistência’; e devido às sugestões, modificaram-se os termos ‘ponto de assistência’ e ‘álcool’, definindo-se a questão para “Solução alcoólica próxima ao paciente?”; visto que o termo ‘solução alcoólica’ é o utilizado pelo Ministério da Saúde e ‘próxima ao paciente’ deixa a questão mais clara com relação ao significado da expressão do que ‘ponto de assistência’. Assim, este item alcançou maior aceitação na segunda rodada, após a modificação da redação da pergunta.

Higienizar as mãos por meio da fricção com álcool a 70% é mais eficaz do que a lavagem das mãos com água e sabonete líquido na redução da microbiota transitória e permanente da pele, além de dispendar menos tempo do cuidado (WHO, 2009). Estudo que objetivou implementar o programa de higiene de mãos e relacionar as taxas de infecção em um hospital brasileiro evidenciou a relação entre a elevada taxa de infecções hospitalares e a baixa adesão dos profissionais a essa prática. Também apontou recursos limitados e falta de infraestrutura, como a presença de pias mal localizadas e de dispensadores de álcool vazios (BORGES *et al.*, 2012).

Revisão sistemática de 2007, realizada nas bases de dados MEDLINE, EMBASE, CINAHL, HMIC, Web of Science e Cochrane Library, avaliou a eficácia de produtos alcoólicos para a higienização das mãos e mostrou que o seu uso auxilia

no cumprimento do ato de higienizar as mãos pelos profissionais (STOUT; RITCHIE; MACPHERSON, 2007). Ato que, segundo Borges e colaboradores (2012), pode estar relacionado com a agilidade do processo, uma vez que a ação realizada adequadamente leva em torno de 30 segundos e é eficaz na redução bacteriana (BRASIL, 2007b).

Estudo realizado em três hospitais do Rio de Janeiro, Brasil, com análise de dados de prontuários de 1.103 pacientes, demonstrou que 56 deles sofreram eventos adversos evitáveis, sendo as IRAS predominantes, com 24,6% dos casos (MENDES *et al.*, 2013). Diante do contexto, a inserção do item 'solução alcoólica próxima ao paciente' no *checklist* é essencial uma vez que se estima média de conformidade em apenas 40% das oportunidades (WHO, 2009). Estudos no Brasil evidenciam baixa adesão e falhas no processo, incorrendo aos riscos de infecções (BORGES *et al.*, 2012; BATHKE *et al.*, 2013; PRADO; HARTHMANN; TEIXEIRA FILHO, 2013) e demonstram que a adesão é maior após o contato e término do procedimento com o paciente do que antes de tocar no paciente (BORGES *et al.*, 2012; BATHKE *et al.*, 2013), indicando a necessidade de estratégias para conscientização da equipe.

6.2.5 Risco de úlceras por pressão

FIGURA 14 - CATEGORIA RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO DA VERSÃO FINAL DO CHECKLIST

RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário

FONTE: O autor (2015)

A presente categoria obteve modificações desde a redação do título e perguntas até a exclusão de um item. A primeira pergunta refere-se à investigação do risco do desenvolvimento de úlceras por pressão durante o período de atendimento no serviço hospitalar. Essa obteve sugestões de mudança da redação, com termos que se referissem diretamente à presença ou o risco de úlcera, ao invés dos termos 'integridade da pele'. Com aceite das sugestões o item passou a ser 'Apresenta risco para úlceras por pressão?' e o título da categoria seguiu as

mesmas orientações e foi modificado para ‘Risco de úlceras por pressão’. Este item também apresentou, em sua versão modificada, a opção de checagem ‘Avaliado (o risco de úlceras)’ e como sugestão para o serviço há o uso da escala de Braden (BRADEN; MAKLEBUS, 2005).

A escala de Braden é uma entre as existentes e objetiva predizer o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão. Neste sentido, é importante que o enfermeiro realize adequada avaliação da condição clínica e de risco do paciente para intervir com medidas de prevenção adequadas. O conhecimento é o elemento fundamental para qualificar a assistência (CROSEWSKI *et al.*, 2015), apesar disso, estudos evidenciam carência por parte dos profissionais acerca de medidas preventivas a úlceras por pressão (CROSEWSKI *et al.*, 2015; MIYAZAKI; CALIRI; SANTOS, 2015; ROCHA *et al.*, 2015).

O uso de instrumentos práticos e que sejam capazes de predizer o risco de úlceras por pressão é importante (ARAÚJO; ARAÚJO; CAETANO, 2011). Estudos de avaliação e comparação de escalas obtiveram achados semelhantes e confirmam o uso da escala de Braden como indicada para a identificação e triagem de pacientes com risco (COX, 2011; BORGHARDT, 2015).

O item dois do *checklist* objetivou a conferência da investigação da presença de úlceras por pressão e, portanto, da mesma forma como foi sugerida na primeira questão, os termos foram trocados de ‘Há lesão de pele instalada?’ para ‘Apresenta úlceras por pressão?’. Este item, numerado na ordem 13ª na primeira versão, foi trocado e passou a ser 14ª em decorrência da inserção da nova questão ‘Sinalizado o risco?’. Esta última visa a registrar que o risco existente foi verificado e sinalizado para a equipe.

No que se refere ao Risco de úlceras por pressão, assim como na categoria de Risco de quedas, houve questionamentos sobre quais parâmetros utilizar para mensurar o risco do paciente, com sugestão para a inserção de uma escala para uso juntamente com o *checklist*. Assim como na categoria Risco de queda, optou-se pela inserção de uma escala, a de Braden, como sugestão para uso, mas que cada instituição pode adaptar conforme sua realidade.

O item 14 foi excluído por não corresponder à checagem, já que indicava o registro, por escrito, da intervenção. Desta forma, optou-se por inserir a conduta esperada de sinalização do risco de úlcera por pressão apresentado pelo paciente. Supõe-se que a sinalização do risco do paciente facilite o conhecimento desta

condição pelos demais profissionais e consista em estratégia que possa contribuir para a comunicação. Falhas na comunicação levam à insegurança (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015) e por isso ferramentas que a promovam são essenciais no contexto da segurança do paciente.

6.2.6 Risco cirúrgico

FIGURA 15 – CATEGORIA RISCO CIRÚRGICO DA VERSÃO FINAL DO *CHECKLIST*

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

FONTE: O autor (2015)

Nesta categoria buscou-se a inserção de itens verificáveis para aqueles pacientes que após avaliação de emergência necessitam como conduta terapêutica o procedimento cirúrgico. Enquanto aguardam o preparo da equipe cirúrgica, os pacientes permanecem assistidos no setor de emergência, e como estarão em pré-operatório, o instrumento permite a checagem de ações para antecipação a possíveis riscos cirúrgicos e a organização do procedimento.

O primeiro item da categoria estabeleceu o registro do paciente em pré-operatório e recebeu 78,3% de concordância na primeira rodada. Como sugestões obteve a adequação da pergunta com inserção do sujeito 'paciente' na frase; houve questionamentos discorrendo sobre a necessidade da adição da opção de resposta 'não se aplica' para os casos em que os pacientes não estejam em pré-operatório e/ou do serviço não disponibilizar o atendimento cirúrgico. Em vista das sugestões, a questão foi modificada para 'paciente em pré-operatório' e obteve consenso de 100% em sua reavaliação. Como resposta ao último questionamento salientou-se que o *checklist* deve ser adaptado conforme a realidade de cada instituição e desta forma há itens que podem ser omitidos ou readequados no caso de não corresponder ao tipo de serviço. Na segunda rodada o item 15 alcançou o escore máximo de concordância e não obteve sugestões, mantendo-se sem modificação após a segunda versão do instrumento.

Os três últimos itens do julgamento do *checklist*, 'paciente em jejum', 'sítio cirúrgico demarcado' e 'tipagem sanguínea realizada', itens 16, 17 e 18, respectivamente, obtiveram aumento do percentual na segunda rodada de validação, apesar de já apresentarem escores elevados (91,3% e 95,7%) na primeira. Isso permite inferir que os itens já estavam bastante adequados na rodada um e suas principais sugestões referiram-se às opções de intervenção apresentadas na primeira rodada: item 16 não possuía registro de intervenção, mas sim um campo de registro de horário do início do jejum do paciente; item 17 não apresentava intervenção alguma e após considerações foi adicionada a intervenção relativa à demarcação do sítio cirúrgico; já o item 18 continha um campo para registro de observações, sendo modificado pela inclusão do registro da coleta de amostra para identificação da tipagem sanguínea do paciente após sugestões da segunda rodada de validação.

No contexto de identificação de riscos no pré-operatório mediato e imediato, sejam de cirurgias eletivas ou de emergência, a enfermagem tem grande parcela de atuação, pois é a equipe responsável pelo preparo dos pacientes cirúrgicos com os cuidados de verificação dos sinais vitais, de retirada de adornos e próteses, esvaziamento vesical, jejum pré-operatório, entre outros (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009).

Mediante os cuidados de enfermagem, destaca-se nesta pesquisa a inserção da verificação do jejum como item do *checklist* devido ao risco de broncoaspiração de conteúdo gástrico (CHRISTÓFORO; CARVALHO, 2009; OMS, 2009; CARVALHO *et al.*, 2010; AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS; 2011), uma vez que pacientes que necessitam da realização de cirurgias de emergência podem não estar em jejum quando adentram ao serviço hospitalar (OMS, 2009), o que enfatiza a necessidade do conhecimento pela equipe. No caso de possibilidade de aspiração por resíduo gástrico é possível diminuir os riscos por meio do planejamento pela equipe anestésica (GRIGOLETO; GIMENES; AVELAR, 2011).

Ao abordar o tema risco cirúrgico atrelado à segurança do paciente é notória a ligação com o Programa Cirurgias Seguras Salvam Vidas de 2008, criado pela OMS, cujo objetivo é estabelecer parâmetros para uma assistência cirúrgica segura, após dados alarmantes despertarem para a problemática das complicações pós-operatórias como fatores de morbimortalidade mundial com causas evitáveis em

muitos casos. Mediante a necessidade de melhoria na qualidade da assistência e segurança do paciente, o programa da OMS criou um manual denominado Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas que discorre sobre o uso de listas de verificação para o alcance de dez objetivos essenciais, sendo o primeiro deles com vistas à segurança da realização cirúrgica no paciente e sítio operatório corretos (OMS, 2009).

Nos EUA, estima-se que um em cada 50.000-100.000 procedimentos cirúrgicos ocorre em local e em paciente errados (KAAWAN *et al.*, 2006) e, ao analisar 126 casos de cirurgias em sítio cirúrgico ou paciente errado, observou-se que 76% dos casos caracterizavam local errado da cirurgia, 13% em paciente errado e 11% o procedimento a ser realizado foi errado. Cirurgias em sítios equivocados tendem a acontecer em procedimentos que envolvem bilateralidade ou duplos órgãos como as da especialidade Ortopedia (OMS, 2009); e nesse sentido, orienta-se à realização da demarcação do local a ser operado. Nesta pesquisa essa ação de verificação foi inserida no preparo pela equipe de enfermagem, em que esta confirma se o local foi demarcado.

A prática de confirmar o paciente, local e procedimento corretos deve ser realizada desde o momento da decisão de operar até o momento em que o paciente é submetido à cirurgia seguida pela demarcação do sítio operatório (OMS, 2009) e deve ter destaque uma vez que serviços de emergência hospitalar como prontos-socorros de alta complexidade recebem grande contingente de cirurgias não eletivas, atendimentos a traumas e muitos de natureza ortopédica.

Por fim, o *checklist* contemplou item relativo à verificação da tipagem sanguínea a fim de confirmar que o mesmo foi realizado pela equipe assim que o paciente recebeu os primeiros atendimentos, e assim promover o planejamento para possível risco de perda sanguínea durante o procedimento cirúrgico.

A perda sanguínea é um fator influente na hipovolemia, que se não controlada e revertida leva ao choque e ao óbito (OMS, 2009). No momento de checagem da ação, em que o paciente encontra-se em pré-operatório, pretende-se que o enfermeiro providencie a coleta de amostra sanguínea caso haja a evidência de que não foi realizada até o momento. Nesse sentido, a equipe cirúrgica possuirá informações para o planejamento de hemocomponentes adequados, visto que se prioriza conhecer a compatibilidade do sistema ABO para as transfusões (HEMORIO, 2015).

6.3 JULGAMENTO DOS ATRIBUTOS DO CHECKLIST E AVALIAÇÃO GERAL

O *checklist* foi avaliado com relação aos atributos objetividade, clareza, precisão, pertinência, validade e viabilidade e apresentaram bons IVC na primeira rodada, que variaram de 78,3% a 95,7%, e excelentes IVC na segunda rodada já todos os atributos atingiram 100% de concordância com exceção da ‘pertinência’ que demonstrou 95% de aceitação.

Comparativamente, na primeira e na segunda rodada houve aumento de convergência de opiniões e diminuição de sugestões em todos os atributos, o que infere que a segunda versão do *checklist* foi aprimorada e melhor atende ao seu objetivo. Na primeira rodada, os comentários que prevaleceram foram relacionados à redação das perguntas do instrumento e à inserção de parâmetros de avaliação (APÊNDICE 7) a fim de tornar as perguntas mais claras; portanto, as sugestões foram atendidas e as questões reavaliadas. Nota-se a importância da clareza dos itens elaborados para que direcione o profissional à correta conferência e intervenção.

Na segunda rodada, um participante comentou que a quantidade de questões pode comprometer a viabilidade do instrumento; quesito considerado pelas pesquisadoras durante sua elaboração uma vez que um instrumento longo pode levar o profissional a não utilizá-lo. Desta forma, optou-se por um *checklist* sintético, simples e eficaz para a prevenção dos maiores riscos aos quais os pacientes em atendimento de emergência presumivelmente estão suscetíveis.

Com relação à questão 32, inserida apenas na primeira rodada de validação, observou-se a preferência de 87% dos especialistas pela organização do *checklist* em categorias. Isso facilita a compreensão da importância de cada uma delas e a qual risco cada item pertence. Corroborando, um especialista comentou sua opinião discorrendo que visualmente o modelo dividido é melhor para a aplicação no trabalho.

Diante das sugestões apresentadas pelos especialistas, de maneira geral, percebeu-se que os especialistas contribuíram positivamente nos itens, pois ficou evidente que além de atentarem ao conteúdo selecionado, desenvolveram críticas que possibilitaram o ajuste das questões inadequadas: opções de intervenções que não eram intervenções; itens de checagem que não correspondiam ao formato de um *checklist*, como por exemplo: campos escritos ‘OBS. _____’; item

catorze que na primeira versão pedia o registro escrito da conduta adotada para as duas questões relativas à presença ou risco de úlceras por pressão, com campo para descrição manuscrita e não por alternativas, entre outros.

Diante do exposto, na avaliação do alpha de Crombach, que representa a confiabilidade do instrumento, o índice de 0,91 igual à primeira rodada indica que o instrumento possui excelente confiabilidade; e no quesito validade está excelente, uma vez que obteve 0,94 de concordância. O escore da segunda rodada de validação representa o IVC final já que não foram necessárias mais rodadas para isso. Desta forma, houve maior índice de concordância na segunda rodada com menos sugestões para aprimorar o instrumento, resultado esperado, pois o instrumento atendeu as sugestões de melhoria e foi modificado.

Diante do contexto da segurança e da qualidade do cuidado existe o desafio de colocar em prática o uso do instrumento adequadamente, uma vez que estudos demonstram dificuldades de implementação e de adesão dos profissionais ao uso de ferramentas como *checklist* nas rotinas de trabalho (SEWELL *et al.*, 2011; SORIA-ALEDO *et al.*, 2012; MAZIERO, 2013; VOHRA *et al.*, 2015). Entretanto, a inserção do instrumento na prática pode ser considerada um benefício, pois é realidade a necessidade de ações mais efetivas, equipes capacitadas, tecnologias eficazes e que garantam segurança (OVRETVEIT, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento desta pesquisa foi possível atingir os objetivos propostos de construção de um instrumento, na forma de *checklist*, para a verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência hospitalar embasado nas diretrizes brasileiras do Ministério da Saúde e a sua validação por comitê de especialistas. O produto da pesquisa consiste na estratégia de promoção à segurança do paciente, é norteado pelas diretrizes governamentais e contribui para a identificação de riscos e incidentes decorrentes do cuidado aos pacientes e, destacadamente, se antecipar a eles evitando o dano.

A construção do instrumento obedeceu aos protocolos básicos para a segurança do paciente do PNSP, instituídos em 2013 e o processo de validação ocorreu por meio de um comitê de especialistas na área de segurança do paciente e emergência hospitalar. O instrumento sob a forma de *checklist* reúne dados objetivos para que o enfermeiro e a equipe de enfermagem verifiquem a realização de ações básicas de segurança durante o atendimento ao paciente. A metodologia de uso do instrumento pode ser capaz de auxiliar na detecção dos riscos dos pacientes, permitindo a intervenção diante deles.

Diante do contexto atual dos serviços de saúde e, em particular os de atendimento de emergência, o desenvolvimento de estratégias com vistas à segurança do paciente e à qualidade da assistência é estimulada, porém não é atividade simples. O desafio da construção do instrumento foi selecionar apenas as ações de segurança mais urgentes do cenário de atendimento hospitalar, de forma que o *checklist* ficasse objetivo, porém completo, em vista da realidade brasileira. Após a delimitação da estrutura e conteúdo, a primeira versão do *checklist* contemplou 18 itens de checagens, com opções de respostas e itens de intervenção e passou pela validação a fim de verificar se ele está adequado ao propósito.

Na primeira rodada, os 23 especialistas avaliaram o instrumento de três maneiras: 1. de forma individual, analisando os itens de checagem contidos no *checklist*; 2. analisando os atributos do instrumento quanto à objetividade, clareza, precisão, pertinência, viabilidade e validade e 3. pela análise de títulos, conteúdo geral e uso do instrumento. Como resultado, apenas dois itens avaliados não atingiram IVC de 0,70 na primeira rodada, sendo um deles excluído após a reformulação conforme as sugestões dos especialistas. Entretanto, o IVC geral da

primeira rodada tornaria o instrumento validado com ajustes, pois atingiu 0,87; porém optou-se pela adequação do mesmo e envio para o início de nova rodada. O alpha de Crombach indicou consistência interna com o escore de confiabilidade de 0,91.

A segunda rodada contou com a participação de 20 especialistas e obteve maior consenso, a partir de modificações, atingiu IVC de 0,94, com alpha de Crombach mantido com índice de 0,91.

Conclui-se que os objetivos propostos foram alcançados e o instrumento validado foi intitulado “*Checklist* para a segurança do paciente em atendimento de emergência”; contemplou dezoito itens de verificação divididos em seis categorias de segurança relativas à identificação do paciente, administração de medicamentos, risco de infecção, risco de quedas, risco de úlceras por pressão e risco cirúrgico. Cada item é composto por uma pergunta com opções de respostas sim, não e não se aplica, e opções de intervenção frente ao risco que o paciente está exposto.

O presente estudo possui contribuições para o ensino, pesquisa e prática profissional.

Para o ensino: o instrumento é educativo, pois é composto por escalas de avaliação de risco de queda e de desenvolvimento de úlceras por pressão, pode ser utilizado como roteiro para direcionar o aprendizado de acadêmicos de enfermagem e é ferramenta para reflexão sobre a segurança do paciente e sobre a responsabilidade legal do profissional enfermeiro no registro de suas ações.

Na área da pesquisa o instrumento pode ser modelo para a construção de novas ferramentas que promovam a melhoria da qualidade da assistência.

Para a prática profissional o uso do *checklist* confirma ações de prevenção a incidentes e realiza o registro físico destas informações sendo documento comprobatório da assistência prestada ao paciente; o instrumento pode fornecer dados de indicadores da qualidade do cuidado prestado, e sua validação permite que o mesmo seja utilizado em diversas realidades de serviços de emergência a partir de adaptações. O *checklist* pode direcionar os serviços que estão implantando ou se adaptando à atual realidade e necessidade de ações relativas à segurança e à qualidade da assistência prestada ao doente.

Como implicações pode existir a dificuldade da implementação da atividade, uma vez que a inserção do uso de uma lista de verificação pode ser pouco compreendida quanto à sua finalidade e importância para a segurança do paciente e

pode ser negligenciada. Nesse sentido, outros estudos devem ser realizados a fim de testar, verificar e comprovar os benefícios da implementação do uso do *checklist*.

Como limitações da pesquisa houve a dificuldade em etapas da metodologia da pesquisa, que foram:

1. O recrutamento dos participantes da pesquisa, pois para elencar especialistas com o perfil de enfermeiro da área assistencial com atuação e experiência em urgência e emergência não foi possível através da avaliação do currículo *lattes*, pois grande parte destes profissionais não atuam em pesquisa e/ou docência, não inseridos, portanto, no currículo *lattes*;
2. Dificuldades específicas da técnica Delphi utilizada para operacionalizar a coleta de dados como o tempo estipulado para os participantes responderem à avaliação da primeira rodada, que acaba comprometendo as etapas seguintes da metodologia e atrasando o cronograma pré-estabelecido;
3. A dificuldade de elaborar um instrumento breve para não inviabilizar a aplicação na realidade assistencial, porém com itens mínimos essenciais para garantir um cuidado de qualidade.

Espera-se que o produto deste estudo atinja o interesse das instituições que prestam atendimento ao paciente em situação de emergência hospitalar, pois demonstrou ser uma ferramenta possível de ser realizada e capaz de prevenir incidentes e identificar riscos aos pacientes. Além disso, o instrumento pode servir para demonstrar dados da assistência prestada ao paciente, identificando fragilidades e potencialidades do serviço.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A. M.; LIMA, M. A. D. da S. Usuários frequentes de serviço de emergência: fatores associados e motivos de busca por atendimento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 337-344, mar./abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200021>. Acesso em: 23 set. 2015.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática**. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/publicacoes.html>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**, Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f7893080443f4a03b441b64e461d9186/Modulo+4+Medidas+de+Prevencao+de+IRA+a+Saude.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 23 jan. 2015.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-1232011000800006&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 maio 2014.

ALMEIDA; R. A. R. de; ABREU, C. da C. F. de; MENDES, A. M. de O. C. Quedas em doentes hospitalizados: contributos para uma prática baseada na prevenção. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, III Série, n. 2, p. 163-172, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn2/serIIIn2a17.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

ANDERSON, O. et al. Surgical adverse events: a systematic review. **The American Journal of Surgery**, Birmingham, v. 206, n. 2, p. 253-262, Aug. 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000296101300175X>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

ARANAZ-ANDRÉS, J. M. et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). **BMJ Quality and Safety**, Londres, v. 20, p. 1043-1051, June 2011. DOI. 10.1136/bmjqs.2011.051284. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2011/06/28/bmjqs.2011.051284.abstract>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

ARAÚJO; T. M. de; ARAÚJO, M. F. M. de; CAETANO, J. A. Comparação de escalas de avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes em estado crítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 695-700, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v24n5/16v24n5.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2015.

BAKER, G. R. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 170, n. 11, p. 1678-1686, May 2004. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/170/11/1678.full.pdf+html>>. Acesso em: 27 set. 2014.

BARBOSA, K. P. et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/581>>. Acesso em: 09 mar. 2015.

BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, n. 27, n. 3, p. 243-248, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/apv/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0243.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

BATHKE, J. et al. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 78-85, jun. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200010>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BELLUCCI JUNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 751-757, set./out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n5/06.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

BEST, N; NEUHAUSER, D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. **Quality Safe and Health Care**. Londres, n. 13, p. 233-234, 2004. DOI. 10.1136/qshc.2004.010918. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/13/3/233.full>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2014.

BORGHARDT, A. T. et al. Avaliação das escalas de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos: uma coorte prospectiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281438429005>>. Acesso em: 23 set. 2015.

BRADEN, B. MAKLEBUST, J. Preventing Pressure Ulcers with the Braden Scale: an update on this easy-to-use tool that assesses a patient's risk. **American Journal of Nursing**, Nova York, v.105, n. 6, p. 70-72, June 2005. Disponível em: <<http://www.qsource.org/toolkits/pressureUlcer/docs/articles/supportingArticles/preventingPruUsingBradesnScale.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_urgencias.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Política nacional de Redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM nº737 de 16/05/1981, publicada no Diário Oficial da União nº 96 seção 1E de 18/05/01. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 64 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2ed> Acesso em: 30 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília: abril de 2007a. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde**: Higienização das Mãos. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2014.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção anti-séptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 out. 2010. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-42-de-25-de-outubro-de-2010>>. Acesso em: 25 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 63, de 25 de Novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 novembro 2011. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 444 p. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3200:sau-de-brasil-2011-analise-situacao-saude-vigilancia-saude-mulher&catid=758:bra-principal>. Acesso em: 23 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 abril 2013a. Seção 1, p. 43-44. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 24 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de Julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 julho 2013b. Seção 1, p. 32-33. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de Julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolo para Cirurgia Segura; Protocolo para a Prática de Higiene de Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 julho 2013c. Seção 1, p. 47. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html>. Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de Setembro de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolos de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 setembro 2013d. Seção 1, p. 47. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html>. Acesso em: 15 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 40 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 354, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.47, 11 março 2014b. Seção 1, p. 53. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html>. Acesso em: 13 nov. 2014.

CARVALHO, R. W. F. de. et al. O Paciente Cirúrgico: Parte I. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**, Camaragibe, v. 10, n. 4, p. 85-92, out./dez. 2010. Disponível em: < <http://www.revistacirurgiabmf.com/2010/V10n4/12.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A técnica delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 429-434, jul./set. 2009. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/209>>. Acesso em: 19 abr. 2014.

COELHO, M. F. et al. Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Online, v. 18, n. 4, 09 telas, jul./ago. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_16.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.

COSTA-DIAS, M. J. M. da; FERREIRA, P. L.; OLIVEIRA, A. S. Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra, série IV, n. 2, p. 7-17, maio/jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn2/serlVn2a02.pdf>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

COX, J. Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. **American Journal of Critical Care**, v. 20, N. 5, p. 364-376, Sept. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21885457>>. Acesso em 25 maio 2015.

CHRISTÓFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43 n. 1, p. 14-22, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-2342009000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 30 mar. 2015.

CRONBACH, L.; MEEHL, P. E. Construct validity in psychological tests. **Psychological Bulletin**, Washington, v. 52, n. 4, p. 281-302, July 1955. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/psycinfo/1956-03730-001>>. Acesso em 25 jul. 2014.

CROSEWSKI, N. I. et al. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre úlceras por pressão em duas unidades cirúrgicas – parte 1. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 74-80, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35097>>. Acesso em 03 set. 2015.

CUMING, R. et al. Cluster randomised trial of a targeted multifactorial intervention to prevent falls among older people in hospital. **BMJ**, Londres, v. 336, n. 7647, p. 758-760, Apr. 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18332052>>. Acesso em 29 jun. 2015.

DONALDSON, M. S. **Measuring the Quality of Health Care. A statement by the National Roundtable on Health Care Quality**. Division of Health Care Services. Institute of Medicine. Washington DC; National Academy, 1999, p. 1-23. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK230816/>>. Acesso em: 24 mai 2014.

DURO, C. L. M. et al. Percepção de enfermeiros sobre a classificação de risco em unidades de pronto atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 447-454, maio/jun. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1551>>. Acesso em: 07 set. 2015.

FERNANDES, F. S. L.; LIMA, B. de S.; RIBEIRO, M. N. Welcoming with Risk Classification in the Hospital São Paulo's Emergency Department. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 164-168, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900026>. Acesso em: 23 ago. 2015.

FERREIRA, A. B. de H. **Mini Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. **Segurança do Paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 452 p.

FRAGATA, J. I. G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, (vol. temat), p. 17-26, 2010. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/3-Erros%20e%20acidentes%20no%20bloco%20operatorio.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

FRANÇOLIN, L. **Gerenciamento da Segurança do Paciente nos Serviços de Enfermagem Hospitalar**. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5112>>. Acesso em: 06 maio 2014.

GEORGE, D., MALLERY, P. SPSS for Windows step by step: s simple guide and reference. 11.0 update. 4ª Ed. Boston: Ally & Bacon, 2003.

GIOVINAZZO, R. A. Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet: vantagens e ressalvas. **Administração Online**, Online, v. 2, n. 2, abr./mai./jun. 2001. Disponível em: <http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm> Acesso em: 20 ago. 2014.

GREEN, P. J. **The content of a college-level outdoor leadership course**. Paper presented at the Conference of the Northwest District. Association for the American, 1982.

GRESSLER, L. A. Qualidades desejadas em instrumentos de medição. In. _____. **Introdução à pesquisa: projetos e relatórios**. 2ª ed revisada. São Paulo: Loyola, 2004. p. 191-198.

GRIGOLETO, A. R. L.; GIMENES, F. R. E.; AVELAR, M. do C. Q. Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Online, v. 13, n 2, p. 347-354, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a22.htm>. Acesso em: 30 out. 2015.

GOUVÊA; C. S. D. de; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1061-1078, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/02.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

HAYNES, A. B. et al. A Surgical Safety Checklist to reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 360, n.5,

p.491-499, Jan. 2009. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMs0810119>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

HEALEY, F. et al. Slips, trips and falls in hospital. London: National Health Services (NHS), 2007. 70 p. Disponível em: <<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59821>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

HEMESATH, M. P. et al. Avaliação e gestão da adesão dos profissionais à verificação da identificação do paciente. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, p. 45-54, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/131366>> Acesso em: 20 set. 2015.

HEMORIO. Protocolo Indicações de hemocomponentes. Instituto Estadual de Hematologia. Rio de Janeiro, p. 1-13. Disponível em: <<http://proqualis.net/protocolo/indica%C3%A7%C3%B5es-de-hemocomponentes>>. Acesso em: 08 out. 2015.

HOFFMEISTER, L. V.; MOURA, G. M. S. S. de. Use of identification wristbands among patients receiving inpatient treatment in a teaching hospital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 36-43, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000100036&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2015.

HORA, H. R. M. da; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85-103, jun. 2010. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Henrique_Da_Hora/publication/233793375_Confiabilidade_em_Questionrios_para_Qualidade_Um_Estudo_com_o_Coeficiente_Alfa_de_Cronbach/links/02bfe51006a53d1de3000000.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

HOUSER, J. Measuring strategies. In: _____. **Nursing Research: reading, using, and creating evidence**. Ilustrada ed. Jones & Bartlett Learning, 2008. p. 241-268.

HOYERT, D. L.; XU, J. Deaths: preliminary data for 2011. **National Vital Statistics Reports**, Hyattsville, v. 61, n. 6, out. 2012. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/nchs/fastats/leading-causes-of-death.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. How-to-Guide: Prevent Pressure Ulcers. Cambridge: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventPressureUlcers.aspx>. Acesso em: 25 set. 2014.

JAMES, J. T. A New Evidence-based Estimate of Patient Harms Associated with Hospital Care. **Journal of Patient Safety**, Philadelphia, v. 9, n. 3, Sept. 2013. Disponível em: <http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Fulltext/2013/09000/A_New_Evidence_based_Estimate_of_Patient_Harms.2.aspx>. Acesso em: 15 jul. 2014.

KWAAN, M. R. et al. Incidence, patterns, and prevention of wrong-site surgery. **Archives of Surgery**, Chicago, v. 141, n. 4, p. 357-358, Apr. 2006. Disponível em: <<http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=398265>>. Acesso em: 07 jan. 2014.

KAYO, E. K.; SECURATO, J. R. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 51-61, 1. sem. 1997. Disponível em: <<http://www.regeusp.com.br/arquivos/c4-art5.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2014.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: building a safer health system**. A report of the Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 1999.

LEAPE, L. L. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. **The new England journal of medicine**, Londres, v. 324, p. 377-384, Feb. 1991. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605#t=articleTop>>. Acesso em: 23 out. 2014.

LOBÃO, W. M. **Construção, validação e normatização da escala de predisposição à ocorrência de eventos adversos (EPEA)**. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12269/1/DISSER_PGENF_WILLIAN_302.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2014.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Confiabilidade e Validade. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001a. p. 186-198.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. Métodos de coleta de dados. In: _____. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001b. p. 174-185.

LYNN, M. R. Determination and qualification of content validity. **Nursing Research**, New York, v. 35, n. 6, p. 382-386, Nov./Dec. 1986. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3640358>>. Acesso em: 05 maio 2014.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294>>. Acesso em: 07 jul. 2015.

MARTINS, G. de A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**. São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12; jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade/i/pt-br>>. Acesso em: 07 mai. 2014.

MARTINS, M. et al. Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 11, n. 223, p. 1-8, Sept. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/223>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

MATOS, K. F.; MARTINS, C. B. de G. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 14, n. 1 e 2, p. 82-93, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10480>> Acesso em: 25 jun. 2014.

MCGLYNN, E.A.; ASCH, S.M. Developing a clinical performance measure. **American Journal of Preventive Medicine**, Michigan, n. 14, v. 3, p.14-21, Apr. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9566932>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

MCGUINNESS J. et al. How to reduce hospital-acquired pressure ulcers on a neuroscience unit with a skin and wound assessment team. **Surgical Neurology International**, Online, v. 3, n. 1, 138, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3515926/>. Acesso em: 24 set. 2014.

MELO, R. P. et al. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 424-431, abr./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027975020>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

MENDES, W. Torre de Babel. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 50-57, 2012. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/368719>>. Acesso em: 25 maio 2014.

MENDES, W. et al. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 279–284, jun. 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/4/279.long>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

MENDES, W. et al. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 421-428, set./out. 2013. Disponível em: <<http://ramb.elsevier.es/pt/caracteristicas-eventos-adversos-evitaveis-em/articulo/90249372/>>. Acesso em: 23 maio 2014.

MIRANDA, C. A. et al. Opinião de enfermeiros sobre instrumento de atendimento sistematizado a paciente em emergência. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 2, p. 396-407, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/223>>. Acesso em: 24 fev. 2015.

MIYAZAKI, M. Y.; CALIRI, M. H. L.; SANTOS, C. B. dos. Conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção da úlcera por pressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421937020>>. Acesso em: 02 set. 2015.

MOURA, M. de L. de O.; MENDES, W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15,

n. 3, p. 523-35, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000300007>. Acesso em: 24 abr. 2014.

NASCIMENTO, E. R. P. do. et al. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 84-88, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a14.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2015.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP/EPUAP). **International Guideline: pressure ulcer treatment technical report**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009. Disponível em: <<http://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/03/Final-2009-Treatment-Technical-Report1.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2014.

NEUHAUSER, D. Ernest Amory Codman MD. **Quality Safe and Health Care**, Londres, n. 11. p. 104–105, 2002. DOI. 10.1136/qhc.11.1.104. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/11/1/104.full>>. Acesso em: 22 jul. 2015.

NOGUEIRA, J. W. da S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/40016>>. Acesso em: 02 set. 2015.

NUNES, F. D. O. et al. Segurança do paciente: como a enfermagem vem contribuindo para a questão? **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Online, v. 6, n. 2, p. 841-847, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3007/pdf_129>. Acesso em: 25 abr. 2014.

OHARA, R.; MELLO, M. R. A. da C.; LAUS, A. M. Caracterização do perfil assistencial pacientes adultos de um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 7497-54, set./out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/09.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2014.

OLIVER, D.; HEALEY, F.; HAINES, T. P. Preventing falls and fall-related injuries in hospitals. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 26, n. 4, p. 645-692, Nov. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20934615>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

OLIVEIRA, J. de S. P. de; COSTA, M. M.; WILLE, M. F. de C. **Introdução ao método de Delphi**. 1º Ed. Curitiba: Mundo Material, 2008. Disponível em: <http://eprints.rclis.org/12888/1/cartilha_delphi_digital.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008a. 58 p. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia para Implementação**: um guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008b. 63 p. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/guia_de_implement.pdf. Acesso em: 20 abr. 2014

_____. **Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas**. Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasil, 2009. Disponível em: https://www.intosau.gov.br/upload/arquivos/pacientes/cirurgias_seguras/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_guia.pdf. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. **Relatório Técnico Final**, Lisboa, 2011. Disponível em: <http://proqualis.net/relatorio/estrutura-conceitual-da-classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-de-seguran%C3%A7a-do-paciente>. Acesso em: 07 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/18248/mod_resource/content/1/RIPSA.pdf. Acesso em: 26 ago. 2014.

OVRETVEIT, J. **Melhoria de qualidade que agrega valor**: o cuidado de saúde. Revisado e adaptado por Cláudia Travassos e Paulo Sousa. Rio de Janeiro: PROQUALIS, 2015. 240p. Disponível em: <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/melhorias%20que%20agregam%20valor.pdf> Acesso em: 20 out. 2015.

PAIVA, M. C. M. da S. de. et al. Characterization of patient falls according to the notification in adverse event reports. **Revista Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 132-136, Mar. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20394230> >. Acesso em: 25 mai. 2015.

PARANAGUÁ, T. T. de B.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. de C. e. A ocorrência de near-misses e fatores associados na clínica cirúrgica de um hospital de ensino **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 121-128, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/37446>. Acesso em: 30 ago. 2015.

PARANAGUÁ, T. T. de B. et al. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para segurança do paciente em pronto-socorro. **Enfermería Global**, Murcia, v. 13, n. 34, p. 219-231, abr. 2014. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 30 fev. 2015.

PARANHOS, W.Y.; SANTOS, V.L.C.G. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 3, n. especial, p.191-206, 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/799.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998. Edição especial. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/185599037/Texto-3-Principios-de-elaboracao-de-escalas-psicologicas>>. Acesso em: 07 maio 2014.

PERNEGER, T. V. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? **BMC Health Services Research**, v. 5, n. 71, p. 1-7, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298298/>>. Acesso em: 15 maio 2014.

PHEBO, L.; MOURA, A. T. M. S. de. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 81, n. 5 (supl), nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700009>. Acesso em: 15 jun. 2014.

PHILLIPS, D.P.; CHRISTENFELD, N.; GLYNN, L. M. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. **The Lancet**, London, v. 351, p. 643-644, 1998. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673698240098#>>. Acesso em: 30 set. 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; OWEN, S.V. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 30, n. 4, p. 459-467, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>>. Acesso em: 05 maio 2015.

POLL, M. A.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 509-514, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000300021&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 16 jun. 2014.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, vol temat. 10, p. 74-80, 2010. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/8-A%20magnitude%20financeira%20dos%20eventos%20adversos%20em%20hospitais%20no%20Brasil.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; PAIVA, L. Validação de conteúdo do diagnóstico de enfermagem Náusea. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 49-57, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

script=sci_arttext&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342014000100048>. Acesso em: 23 out. 2015.

PRADO, M. F. do; HARTMANN, T. P. S.; TEIXEIRA FILHO, L. A. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 220-226, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200003>. Acesso em: 14 abr. 2015.

REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**, Londres, v. 320, n. 7237, 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc1117770/>>. Acesso em 03 jun. 2014.

RIBEIRO, M. A. S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 218-228, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/issue/view/63>>. Acesso em: 13 fev. 2015.

ROCHA, E. S. et al. Prevenção de úlceras por pressão: avaliação do conhecimento dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 596-604, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/41750>>. Acesso em: 13 set. 2015.

ROGENSKI, N. M. B.; SANTOS, V. L. C. de G. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 474-480, jul./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421846003>>. Acesso em: 27 ago. 2014. 80.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003. Disponível em: <<http://swr.oxfordjournals.org/content/27/2/94.full.pdf+html>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

RUNCIMAN, W. et al. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 21 n. 1 p.18-26, Feb. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19147597>>. Acesso em 06 abr. 2015.

SÁFADI, C. M. Q. Delphi: um estudo sobre sua aceitação. In: V SEMEAD, 2001. São Paulo: Anais. SEMEAD FEA-USP 2001. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/5semead/MKT/Delphi.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2014.

SAHOTA, O. et al. REFINE (Reducing Falls in In-patienT Elderly) using bed and bedside chair pressure sensors linked to radio-pagers in acute hospital care: a randomised controlled trial. **Age and Ageing**, Oxford, v. 43, n. 2, p. 247-253, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24141253>>. Acesso em 23 ago. 2015.

SANTOS, J. L. G. dos; LIMA, M. A. D. da S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400009>. Acesso em: 26 jun. 2014.

SCARPARO, A. F. et al. Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, n. 13, v. 1, p. 242-251, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/36/31>>. Acesso em: 07 maio 2014.

SCHULMEISTER, L. Patient misidentification in oncology care. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Pittsburgh, n. 12, v. 3, p. 495-498, June 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18515248>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

SEWELL, M. et al. Use of the WHO surgical safety checklist in trauma and orthopaedic patients. **International Orthopaedics**, v. 35, p. 897-901, June 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20730425>>. Acesso em: 30 set. 2015.

SILVA, A. E. B. de C. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Online, v. 12, n. 3, p. 422, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a01.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

SILVA, R. F. da; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-16, set. 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/685.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

SMITH, A. F. et al. Wristbands as aids to reduce misidentification: an ethnographically guided task analysis. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 23, n 5, p. 590-599, Oct. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21828067>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

SOUZA, C. C. de. et al. Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421953005>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

SOUZA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 990-996, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000600026&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 set. 2014.

SORIA-ALEDO, V. et al. Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. **Cirugía Española**, Barcelona, v. 90, n. 3, p. 180-185, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es/revistas/cirugia-espa%C3%B1ola->

36/dificultades-implantacion-check-list-los-quiroyfanos-cirugia-90101451-originales-2012>. Acesso em: 10 ago. 2014.

STANG, A. S. et al. Adverse events related to emergency department care: a systematic review. **Plos One**, v. 8, n. 9, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0059565/>>. Acesso em: 21 out. 2015.

STOUT, A.; RITCHIE, K.; MACPHERSON, K. Clinical effectiveness of alcohol-based products in increasing hand hygiene compliance and reducing infection rates: a systematic review. **Journal of Hospital Infection**, Londres, v. 66, n. 4, p. 308-312, Aug. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17655977>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

TASE, T. H. et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 196-200, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngen/v34n3/a25v34n3.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014.

THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. **Anesthesiology**, v. 114, p. 495–511, 2011. Disponível em: <<http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1933410>>. Acesso em: 25 maio 2015.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

URBANETTO, J. de S. et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 569-575, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00569.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2015.

URBANETTO, J. de S.; GERHARDT, L. M. Segurança do paciente na triade assistência ensino pesquisa [Editorial]. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, n. 34, v. 3, p. 8-9, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43294>>. Acesso em: 17 maio 2014.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2009.

VOHRA, R. S. et al. Attitudes towards the surgical safety checklist and factors associated with its use: a global survey of frontline medical professionals. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 4, n. 2, p. 119-123, Apr. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25973191>>. Acesso em: 30 set. 2015.

VRIES, E. N. de; et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. **Quality Safety and Health Care**, Londres, v. 17, p. 216-223, 2008. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/17/3/216.abstract>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: acidentes de trânsito e motocicletas. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos, 2013. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2013_motos.php>. Acesso em: 20 jun. 2014.

WEISER, T.G. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modeling strategy based on available data. **The Lancet**, Londres, v. 372, n. 9633, p. 139-144, July 2008. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673608608788>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P. de; CAMPOS, K. F. C. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 90p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Protocolo_de_cuidado_a_saude_e_de_organizacao_de_servico_1/223>. Acesso em: 28 jul. 2014.

WESTMORELAND, D. et al. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality**, Online, v. 14, n. 4, p. 16-27, July 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10881446>>. Acesso em: 05 maio 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The evolving threat of antimicrobial resistance: options for action. **World Health Organization**. Suíça: 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/amr/publication/en/index.html>>. Acesso em: 04 mai. 2014.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 12, 2º trim, 2000. Disponível em: <<http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2014

ZANELATTO, D. M.; DAL PAI, D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 358-365, 2010. Disponível em: <[10.4025/cienccuidsaude.v9i2.9390](http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i2.9390)>. Acesso em: 24 ago. 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – MANUAL PARA COMPREENSÃO DO CONTEÚDO DO <i>CHECKLIST</i> PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA.....	131
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO ONLINE DA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO	137
APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO ONLINE DA SEGUNDA RODADA DE VALIDAÇÃO.....	161
APÊNDICE 4 – CONVITE AOS ESPECIALISTAS.....	178
APÊNDICE 5 – CARTA DE ORIENTAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI.....	179
APÊNDICE 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	181
APÊNDICE 7 – RESUMO DAS RESPOSTAS DAS RODADAS DE VALIDAÇÃO COM SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS E MODIFICAÇÕES DO <i>CHECKLIST</i>	183

APÊNDICE 1 – MANUAL PARA COMPREENSÃO DO CONTEÚDO DO
CHECKLIST PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM ATENDIMENTO DE
 EMERGÊNCIA ENVIADO NA PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO

***CHECKLIST* PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM ATENDIMENTO DE
 EMERGÊNCIA**

Paciente: _____ Registro: _____

Enfermaria/leito: _____ Sexo: ☐ F ☐ M Idade: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
1. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Alérgico a: _____
2. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificada
RISCO DE QUEDAS		CORREÇÃO
1. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
2. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
RISCO DE INFECÇÃO		CORREÇÃO
1. Álcool no ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado
RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
1. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
3. Conduta adotada: _____		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
1. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
3. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____

Data: ____/____/____ Horário: _____ Identificação/registro profissional: _____

CATEGORIAS COM AÇÕES DE SEGURANÇA

O instrumento é composto por ações mínimas de segurança ao paciente que devem ser realizadas durante o atendimento em saúde, em especial ao de emergência. As ações de segurança emergiram a partir das recomendações para prevenção de incidentes no cuidado em saúde, contidos nos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, de 2013, do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); e foram organizadas em categorias de segurança.

As categorias totalizaram seis, sendo elas: 1 – Identificação do paciente, 2 – Administração de medicamentos, 3 – Risco de quedas, 4 – Prevenção para infecção, 5 – Prevenção a lesões de pele, e 6 – Risco cirúrgico; e estão descritas a seguir com a definição e sua finalidade. .

O instrumento foi construído com o intuito de ser utilizado pelos profissionais durante a passagem de plantão ou em outro momento do cuidado em que o profissional avalia o paciente e verifica se as ações mínimas de segurança foram realizadas. Um *checklist* com ações de segurança, se utilizado, permite identificar situações de risco dos pacientes e, em seguida, evitar a ocorrência de incidentes pela correção das ações inadequadas, prevenindo danos. Desta forma, a conferência da realização de ações mínimas não apenas checa o cuidado adequado como previne contra os riscos. Aliado à conferência da segurança é essencial que seja registrada a conduta do profissional frente ao risco; ou seja, a ação corretiva desenvolvida pelo profissional após verificar que há possibilidade de ocorrer um incidente.

A seguir, estão detalhadas cada categoria e suas ações de segurança que contemplam o *checklist* construído.

CATEGORIA 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Categoria que contempla ações relativas à identificação adequada dos pacientes para garantir que o cuidado prestado é para o paciente o qual se destina.

Ação 1: Paciente identificado?

Ação que se refere à verificação da identificação do paciente por algum dispositivo seja este a pulseira de identificação, a etiqueta, a placa no leito do paciente ou

outros meios. Caso não haja identificação alguma é necessário que seja providenciada o mais breve possível.

Ação 2: Identificação legível?

As informações pessoais contidas no dispositivo de identificação devem estar legíveis, de fácil leitura e duráveis. Se por algum motivo a identificação não estiver legível, estiver danificada ou desgastada, esta deverá ser substituída.

Ação 3: Identificador com ≥ 2 informações?

Para assegurar e refinar a correta identificação, além de garantir o cuidado ao paciente correto é necessário usar pelo menos duas informações no dispositivo de identificação; caso contrário, é dever da equipe adicionar mais informações que possam evitar um incidente devido à, por exemplo, troca de pacientes homônimos. Estas informações podem ser o nome completo do paciente, o nome completo da mãe, a data de nascimento, o número de prontuário ou atendimento, e outras preconizadas pela instituição.

Ação 4: Identificação da Classificação de risco?

A Classificação de risco é um sistema de classificação de pacientes que está relacionada à gravidade clínica do paciente e o tempo de espera para o atendimento. É obrigatória sua implantação nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência e nesse sentido, estes serviços adotam a pulseira da classificação de risco não apenas para classificar a prioridade de atendimento como para inserir a identificação do paciente; garantindo desta forma a segurança do paciente e a qualidade do atendimento prestado.

CATEGORIA 2 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Categoria que contempla ações do contexto da segurança na administração de medicamentos durante o tratamento do paciente.

Ação 1: Paciente é alérgico?

Deve-se conhecer e confirmar se o paciente é alérgico a alguma substância ou medicamentos que podem ser utilizados durante o tratamento.

Ação 2: Se alérgico, identificado como tal?

A partir do conhecimento desta informação, deve-se identificar de forma diferenciada, registrar com destaque as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores.

Ação 3: Infusões identificadas?

Os medicamentos endovenosos em uso devem possuir identificação adequada e legível a fim de ser possível confirmar os dados do medicamento com os do paciente e assim garantir seu uso correto. Caso a infusão não esteja identificada, esta ação deve ser providenciada.

CATEGORIA 3 – RISCO DE QUEDAS

Categoria que contém perguntas que visam a identificar o risco de queda e implementar ações mínimas de prevenção no ambiente da emergência.

Ação 1: Grades elevadas?

O incidente queda pode ocorrer da própria altura, de macas, camas ou outros tipos de assentos (poltronas, cadeira de rodas, cadeiras de banho, vaso sanitário, banheira, entre outros). Na emergência hospitalar é comum os pacientes permanecerem em macas ou camas hospitalares enquanto recebem atendimento. Nesse sentido a verificação da elevação das grades é a medida de prevenção básica, primordial e de fácil realização para evitar o incidente.

Ação 2: Apresenta risco para queda?

É essencial uma avaliação breve do risco de quedas, diariamente, identificando fatores de risco que exijam maior atenção por parte da equipe. Os fatores considerados são a idade, medicamentos, estado nutricional e motor, nível de consciência, entre outros. E se existentes deve-se registrar quais estão presentes.

Ação 3: Sinalizado o risco de queda?

A partir da identificação do risco de quedas dos pacientes é essencial a sinalização para tal de forma a alertar e realçar o risco para a equipe multiprofissional.

CATEGORIA 4 – PREVENÇÃO PARA INFECÇÃO

Categoria que contempla a presença de item primordial na segurança do paciente relativo à prevenção e combate a infecções relacionadas à assistência à saúde.

Ação 1: Álcool no ponto de assistência?

Um ponto de assistência é considerado o local em que está presente o paciente, o profissional de saúde e a assistência. Neste sentido, o ponto deve conter recursos mínimos para o cuidado sendo essencial a disponibilidade de preparação alcoólica a fim de garantir meios para os profissionais realizarem a higienização de mãos adequada.

CATEGORIA 5 – PREVENÇÃO A LESÕES DE PELE

Categoria que pretende verificar a existência do risco de desenvolvimento de lesões de pele e a atuação dos profissionais para evitar a ocorrência do incidente.

Ação 1: Risco para integridade cutânea?

É necessário avaliar o paciente e identificar se há o risco de alteração para a integridade da pele, uma vez que os pacientes que buscam o serviço de emergência podem ter restrições de movimentos, déficit sensitivo, estar com estado nutricional desfavorável (desidratação, obesidade, caquexia, outros), ter idade avançada, entre outros fatores que condicionam ao risco de lesões. Se identificado o risco, deve-se descrevê-los para subsidiar medidas de prevenção.

Ação 2: Há lesão de pele instalada?

Caso identificada a lesão de pele e após descrevê-la, define-se a conduta terapêutica.

Ação 3: Conduta adotada

Se lesão instalada deve-se promover medidas para manutenção da integridade da pele como por exemplo a realização da inspeção diária, da manutenção do paciente seco e hidratado, a diminuição da pressão por meio da mudança de decúbito caso não haja restrições quanto à mobilização do paciente, entre outras.

CATEGORIA 6 – RISCO CIRÚRGICO E OUTROS

A categoria 6 contempla ações verificáveis nos pacientes que estão em pré-operatório que favorecem a redução dos riscos de incidentes cirúrgicos evitáveis.

Ação 1: Em pré-operatório?

É realizada a confirmação de paciente em pré-operatório a fim de que sejam mantidos os cuidados para o procedimento cirúrgico.

Ação 2: Paciente em jejum?

Em pré-operatório é essencial a verificação dos pacientes que estão ou permaneceram em jejum durante o período de atendimento; além de registrar o tempo de jejum. Esta medida evita que os pacientes em desjejum sejam encaminhados para o procedimento com o risco.

Ação 3: Sítio cirúrgico demarcado?

Identificar e demarcar o sítio operatório antes do paciente ir para sala operatória auxilia na conferência e confirmação do local da cirurgia correta.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de Julho de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolo para Cirurgia Segura; Protocolo para a Prática de Higiene de Mãos em Serviços de Saúde; Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 julho 2013. Seção 1-47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.095, de 24 de Setembro de 2013. Aprova os protocolos de segurança do paciente: Protocolos de Prevenção de Quedas; o Protocolo de Identificação do Paciente e o Protocolo de Segurança na Prescrição e de Uso e Administração de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 setembro 2013. Seção 1-47.

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO ONLINE REFERENTE À PRIMEIRA RODADA DE VALIDAÇÃO

Primeira rodada - Validação do conteúdo do Instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência



Sr (a) participante:

Esta é a primeira rodada de validação do instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência.

Esta etapa de validação de conteúdo é necessária para tornar o instrumento proposto válido e apto a ser utilizado nos serviços. A construção e a validação pertencem ao projeto de dissertação intitulado 'Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência'; e este foi construído a partir de evidências científicas que abordam os riscos e os incidentes que os pacientes estão sujeitos em um atendimento de emergência hospitalar; a partir das recomendações de ações mínimas de segurança contidas nos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013); do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

*Obrigatório

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	
---	---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Marly Ryoko Amaya, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a) a participar de um estudo intitulado "Instrumento para avaliar ações de prevenção de incidentes associados à segurança do paciente". A segurança do paciente é um tema contemporâneo e relevante, sendo essencial pesquisas científicas para o avanço da qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, sua participação é fundamental para a pesquisa.

- a) O objetivo desta pesquisa é construir e validar instrumento para avaliar ações de prevenção de incidentes associados à segurança do paciente em atendimento de emergência.
- b) Caso você queira participar da pesquisa, esta será por meio da Técnica Delphi online de validação de conteúdo de instrumento, em que, primeiramente, será necessário responder perguntas de um questionário estruturado com informações pessoais de idade, sexo, formação, ano de graduação, ano de conclusão de pós-graduação – *latu sensu*, ano de conclusão de mestrado, ano de conclusão de doutorado, campo de atuação, instituição que atua, cargo ou função atual e tempo de atuação no cargo atual. Em seguida, a etapa compreende o registro do seu julgamento e parecer na análise do conteúdo do instrumento pré-elaborado, composto por ações de segurança ao paciente, em um questionário com questões objetivas e local de sugestão sobre os itens abordados.
- c) Para tanto, todos os documentos de participação – questionários, instrumento pré-constituído e a carta de orientação, serão encaminhados via correio eletrônico e caso sejam necessárias mais rodadas para avaliação de conteúdo e validação do instrumento serão desenvolvidas da mesma forma, via correio eletrônico. O tempo estimado para preenchimento dos instrumentos é de 40 minutos. Os instrumentos e o termo de consentimento livre e esclarecido devem ser reencaminhados à pesquisadora no prazo de até 20 dias após a data de recebimento.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____

Pesquisadora Responsável _____

Orientadora _____ Orientada _____

- d) A participação na pesquisa é voluntária, portanto isenta de receber algum benefício financeiro, assim como não terá custos ou qualquer tipo de desconforto, dano ou prejuízo.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificar riscos à segurança do paciente e a partir deles construir um instrumento com ações de segurança que possa ser utilizado nos serviços de atendimento em emergência, visando à melhoria da segurança e da qualidade da assistência. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- f) As responsáveis pela pesquisa, Profª Drª Elaine Drehmer de Almeida Cruz e mestranda em Enfermagem Marly Rylko Amaya, poderão ser contatadas pelos telefones (41) 84188951 – Elaine, (41) 32054025 e (41) 98289961 – Marly, para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa, de 2ª às 6ª feiras das 12h às 18h ou pelos e-mails: elainedrehmercruz@gmail.com; marly_amaya@hotmail.com.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadoras principal e assistente/colaboradora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins de pesquisa e possíveis publicações científicas.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do Participante de pesquisa)
Curitiba, ____ de _____ de 2014.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 727.624
na data de 03/09/2014

Assinatura da Pesquisadora

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 260 – 2ª andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240
Tel (41)3350-7259 - e-mail: cometico.saude@ufpr.br

O senhor(a) aceita participar voluntariamente da pesquisa? *

- ☒ Sim
☐ Não

Primeira rodada - Validação do conteúdo do Instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência

*Obrigatório

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nome *

A identidade dos participantes será mantida em sigilo e é solicitada para fins de registro e identificação dos emails pelo pesquisador.

Idade *

Indique a sua idade

Formação acadêmica/ano *

Titulação *

Indique sua maior titulação

- ☐ Graduação
- ☐ Pós-graduação (lato sensu)
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Pós-doutorado

Indique a área de titulação

Campo de atuação *

Se for o caso, assinalar **MAIS** de um item

- ☐ Pesquisa
- ☐ Docência
- ☐ Assistência

Produção científica e projetos desenvolvidos *

Indicar o(s) item(ns) que corresponde(m) ao seu currículo

- ☐ Publicações científicas na área de segurança do paciente
- ☐ Publicações científicas na área de urgência e emergência
- ☐ Orientações/atuações em projetos de pesquisa na área de segurança do paciente
- ☐ Orientações/atuações em projetos de pesquisa na área de urgência e emergência
- ☐ Experiência de 1 a 2 anos na área de urgência e emergência
- ☐ Experiência acima de 2 anos na área de urgência e emergência
- ☐ Outros (descreva no espaço abaixo)

[« Voltar](#)[Continuar »](#)

Primeira rodada - Validação do conteúdo do Instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência

*Obrigatório

JULGAMENTO 1 - AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO INDIVIDUAL DOS ITENS DO CHECKLIST

Prezado (a) participante:

O processo de validação de conteúdo do instrumento intitulado 'Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência' foi dividido em três etapas de julgamento.

Neste primeiro julgamento pretende-se AVALIAR CADA ITEM do instrumento construído.

ASSINALAR UMA RESPOSTA (1, 2, 3 ou 4) DE ACORDO COM O GRAU DE SUA CONCORDÂNCIA COM RELAÇÃO À RELEVÂNCIA DO ITEM (questão, resposta e correção) para o instrumento e deixar sugestões, se necessário.

Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência

Paciente: _____		Registro: _____
Enfermária/leito: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Idade: _____
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
1. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Alérgico a: _____
2. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificada
RISCO DE QUEDAS		CORREÇÃO
1. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
2. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
RISCO DE INFECÇÃO		CORREÇÃO
1. Álcool no ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado
RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
1. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
3. Conduta adotada: _____		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
1. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
3. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
Data: ____/____/____	Horário: _____	Identificação/registro profissional: _____

Categoria Identificação do paciente

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Providenciada identificação

1. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Identificação do paciente

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Identificação substituída

2. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Identificação do paciente

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Identificação com ≥ 2 informações? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação

3. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Identificação do paciente

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Paciente identificado? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação

1. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Identificação do paciente

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Identificação substituída

2. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Identificação do paciente

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Inserida mais informação

3. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Identificação do paciente

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
4. Identificação da classificação de risco? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

4. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Administração de medicamentos

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Paciente é alérgico? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Alérgico a: _____

5. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Administração de medicamentos

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
2. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Identificado

6. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Administração de medicamentos

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Identificada

7. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco de quedas

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Grades elevadas? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades

8. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco de quedas

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
2. Apresenta risco para queda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): <input type="text"/>

9. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco de quedas

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Sinalizado o risco

10. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco de infecção

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Álcool na ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado

11. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco de lesões de pele

AÇÃO DE SEGURANÇA		
1. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____

12. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco de lesões de pele

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____

13. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco de lesões de pele

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Conduta adotada:	

14. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco cirúrgico e outros

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Em pré-operatório? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____

15. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco cirúrgico e outros

AÇÃO DE SEGURANÇA		
2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____

16. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco cirúrgico e outros

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA

17. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Categoria Risco cirúrgico e outros

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____

18. Qual o grau de concordância para o item identificado na figura acima? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

JULGAMENTO 2 - AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO

Neste julgamento pretende-se avaliar o conjunto de questões que compõem as seis categorias de segurança do instrumento. Por favor, opine de acordo com o grau de concordância.

Quadro de definição dos atributos

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Objetividade	Qualidade do que é objetivo, permitindo elencar uma resposta pontual
Clareza	Está descrito de forma clara, de fácil compreensão; com frases simples e inequívocas
Precisão	Cada item é distinto; há rigor na escolha da definição
Pertinência	Característica do que é apropriado àquilo que se pretende provar; que não sugere atributo diferente do definido
Validade	Característica do que é válido
Viabilidade	Característica de ser executável; da possibilidade de ser realizado; da disponibilidade dos dados

Respostas relativas à concordância com cada atributo *

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo totalmente (4)
19. Objetividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Precisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Pertinência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Validade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Viabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SUGESTÕES

JULGAMENTO 3 - AVALIAÇÃO DO CONJUNTO DAS QUESTÕES E CATEGORIAS DO INSTRUMENTO – AVALIAÇÃO GERAL

25. O título de cada categoria está adequado às ações de segurança que se pretende observar. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

26. Os títulos e as questões do instrumento contemplam o contexto do Programa Nacional de Segurança do Paciente adaptado para pacientes em atendimento de emergência. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

27. O instrumento pode auxiliar na prevenção de incidentes no cuidado. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

28. O instrumento pode auxiliar na identificação precoce de riscos aos pacientes. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

29. O checklist poderá ser replicado em outros serviços de atendimento de emergência hospitalar. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

30. O instrumento é uma ferramenta que permite a confirmação de ações mínimas de segurança por meio da conferência dos itens nele contidos. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

31. Há elementos faltantes para a verificação da segurança do paciente. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

Dois modelos do Checklist

MODELO 1 - CHECKLIST ESTRUTURADO EM CATEGORIAS		
Paciente _____		Registro _____
Enfermeiro(a): _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Idade: _____
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Pendente/sem identificação
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. Identificação com + 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Insere mais informação
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação de risco?
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
1. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Alérgico a: _____
2. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Identificado
3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Identificadas
RISCO DE QUEBRAS		CORREÇÃO
1. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
2. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (ris): _____
3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
RISCO DE INFECÇÃO		CORREÇÃO
1. Acesso ao ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Acesso disponibilizado
RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
1. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (ris): _____
2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
3. Conduta adotada: _____		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
1. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Otro: _____
2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
3. Sinais vitais demonstrados?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	Otro: _____
4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Otro: _____
Data: ____/____/____ Hora(h): _____ Classificação/registro profissional: _____		

MODELO 2 - CHECKLIST NÃO ESTRUTURADO EM CATEGORIAS		
Paciente _____		Registro _____
Enfermeiro(a): _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Idade: _____
AÇÕES DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Pendente/sem identificação
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3. Identificação com + 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Insere mais informação
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação de risco?
5. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Alérgico a: _____
6. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Identificadas
8. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
9. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (ris): _____
10. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
11. Acesso ao ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Acesso disponibilizado
12. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (ris): _____
13. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
14. Conduta adotada: _____		
15. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Otro: _____
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
17. Sinais vitais demonstrados?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> FUSA	Otro: _____
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Otro: _____
Data: ____/____/____ Hora(h): _____ Identificação/registro profissional: _____		

32. Para finalizar, na sua opinião, qual dos modelos acima melhor apresenta o checklist? *

Verificar a aparência dos dois modelos do instrumento na figura acima

- ☐ Estruturado em categorias (Modelo 01)
- ☐ Não estruturado em categorias (Modelo 02)

SUGESTÕES

Primeira rodada - Validação do conteúdo do Instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência

Obrigada pela sua participação!

• Voltar

Enviar

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.



APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO ONLINE REFERENTE À SEGUNDA RODADA DE VALIDAÇÃO

Segunda rodada - Validação do conteúdo do Instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência

Sr (a) especialista:

esta é a segunda rodada de julgamento para validação do instrumento 'Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência'. A rodada está composta por todos os itens da primeira rodada, porém com modificações conforme sugestões dos especialistas. No documento enviado juntamente a este questionário estão detalhas as modificações realizadas no checklist. Salienta-se que apenas um item alcançou menos que 70% de concordância entre os participantes, entretanto, todos os itens apresentaram alteração a fim de atingir maior convergência de opiniões, passando por nova avaliação.

*Obrigatório

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	
---	--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elaine Dreher de Almeida Cruz e Marly Ryoko Amaya, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a) a participar de um estudo intitulado "Instrumento para avaliar ações de prevenção de incidentes associados à segurança do paciente". A segurança do paciente é um tema contemporâneo e relevante, sendo essencial pesquisas científicas para o avanço da qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, sua participação é fundamental para a pesquisa.

- O objetivo desta pesquisa é construir e validar instrumento para avaliar ações de prevenção de incidentes associados à segurança do paciente em atendimento de emergência.
- Caso você aceite participar da pesquisa, esta será por meio da Técnica Delphi online de validação de conteúdo de instrumento, em que, primeiramente, será necessário responder perguntas de um questionário estruturado com informações pessoais da idade, sexo, formação, ano de graduação, ano de conclusão de pós-graduação – lato sensu, ano de conclusão de mestrado, ano de conclusão de doutorado, campo de atuação, instituição que atua, cargo ou função atual e tempo de atuação no cargo atual. Em seguida, a etapa compreenderá o registro do seu julgamento e parecer na análise do conteúdo do instrumento pré-elaborado, composto por ações de segurança ao paciente, em um questionário com questões objetivas e locais de sugestão sobre os itens abordados.
- Para tanto, todos os documentos de participação – questionário, instrumento pré-elaborado e a carta de orientação, serão encaminhados via correio eletrônico e caso sejam necessárias mais rodadas para validação de conteúdo e validação do instrumento serão desenvolvidas da mesma forma, via correio eletrônico. O tempo estimado para preenchimento dos instrumentos é de 40 minutos. Os instrumentos e o termo de consentimento livre e esclarecido devem ser encaminhados à pesquisadora no prazo de até 20 dias após a data de recebimento.

Assinatura:	
Participante da Pesquisa	
Proprietária Responsável	
Orçamentista	
Orçamentista	

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
 Rua Pe. Camargo, 380 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240
 Tel (41) 3360-7250 – e-mail: comite.saude@ufpr.br

(Assinatura do Comitê de Ética em Pesquisa)

d) A participação na pesquisa é voluntária, portanto sem a receber algum benefício financeiro, assim como não terá custos ou qualquer tipo de desconforto, dor ou prejuízo.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificar riscos à segurança do paciente e a partir deles construir um instrumento com ações de segurança que possa ser utilizado nos serviços de atendimento em emergência, visando à melhoria da segurança e da qualidade da assistência. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) As responsáveis pela pesquisa, Profa Dra Elaine Dreher de Almeida Cruz e mostrando em Enfermagem Marly Ryoko Amaya, poderão ser contatadas pelos telefones (41) 84166951 – Elaine, (41) 32054025 e (41) 98269951 – Marly, para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa, de 2ª às 6ª feiras das 12h às 18h, ou pelo e-mail: elainedrehermenezes@gmail.com, marly_amaya@hotmail.com.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadores principal e assistente/colaboradora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.

i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordo em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do Participante de pesquisa)
 Curitiba, ____ de _____ de 2014.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB nº 733/2014
 na data de 03/05/2014

Assinatura da Pesquisadora
 Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
 Rua Pe. Camargo, 380 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240
 Tel (41) 3360-7250 – e-mail: comite.saude@ufpr.br

O senhor(a) aceita participar voluntariamente da segunda rodada da pesquisa? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Nome *

A identidade será mantida em sigilo e é solicitada para identificação e registro do pesquisador. De preferência, inserir nome e sobrenome.

Continuar »

Segunda rodada - Validação do conteúdo do Instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência

*Obrigatório

JULGAMENTO 1 - AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DOS ITENS DO CHECKLIST

Os itens da primeira versão do checklist foram modificados conforme sugestões da primeira rodada de validação. Nesta rodada, cada questão está ilustrada com o item da primeira versão e com o item modificado a partir das sugestões que deve ser avaliado.

ASSINALAR UMA RESPOSTA (1, 2, 3 ou 4) DE ACORDO COM O GRAU DE SUA CONCORDÂNCIA AO ITEM. Deixar sugestões, se considerar necessário.

Primeira versão do checklist

Paciente: _____		Registro: _____	
Enfermaria/leito: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Idade: _____	
Questão	IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
1	1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação
2	2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
3	3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
4	4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
5	1. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Alérgico a: _____
6	2. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
7	3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificada
	RISCO DE QUEDAS		CORREÇÃO
8	1. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
9	2. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
10	3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
	RISCO DE INFECÇÃO		CORREÇÃO
11	1. Álcool no ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado
	RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
12	1. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
13	2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
14	3. Conduta adotada: _____		
	RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
15	1. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
16	2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
17	3. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
18	4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____

Versão modificada para 2ª rodada de validação

Paciente: _____		Registro: _____	
Box/leito: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Idade: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO	
1. Paciente está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação	
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída	
3. Identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação	
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO	
5. Paciente alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	<input type="checkbox"/> Identificado	
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA		
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA		
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO	
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco	
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada	
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas	
RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO	
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada	
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO	
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**	
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco	
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário	
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO	
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico	
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA		
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA		
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA		
*NSA – Não se aplica			
**Escala de avaliação do risco no verso deste impresso.			
Data: / / Horário:		Identificação/registro profissional:	

Questão 1

1ª versão		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação
Versão modificada		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação

1. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 1

Questão 2

1ª versão		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
2. Identificação legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída
Versão modificada		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída

2. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 2

Questão 3

1ª versão		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação
Versão modificada		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
3. Identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação

3. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 3

Questão 4

1ª versão		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		CORREÇÃO
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação
Versão modificada		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

4. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Concordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Discordo totalmente

Sugestões - questão 4

Questão 5

1ª versão		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
1. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Alérgico a: _____
Versão modificada		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____	
	<input type="checkbox"/> NÃO	
	<input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	

5. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 5

Questão 6

1ª versão		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
2. Se alérgico, identificado como tal?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado
Versão modificada		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado

6. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 6

Questão 7

1ª versão		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		CORREÇÃO
3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificada
Versão modificada		
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas

7. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 7

Questão 8

1ª versão		
RISCO DE QUEDAS		CORREÇÃO
3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco
Versão modificada		
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco

8. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 8

Questão 9

1ª versão - questão excluída		
RISCO DE QUEDAS		CORREÇÃO
2. Apresenta risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
Introduzida a seguinte questão na versão modificada		
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada

9. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 9

Questão 10

1ª versão		
RISCO DE QUEDAS		CORREÇÃO
1. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades
Versão modificada		
RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas

10. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 10

Questão 11

1ª versão		
RISCO DE INFECÇÃO		CORREÇÃO
1. Álcool no ponto de assistência?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado
Versão modificada		
RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada

11. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 11

Questão 12

1ª Versão		
RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
1. Risco para integridade cutânea?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____
Versão modificada		
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**

12. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 12

Questão 13

1ª Versão - questão excluída		
RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
3. Conduta adotada:		
Questão introduzida na versão modificada		
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco

13. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 13

Questão 14

1ª Versão		
RISCO DE LESÕES DE PELE		CORREÇÃO
2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva: _____
Versão modificada		
RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário

14. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 14

Questão 15

1ª Versão		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
1. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
Versão modificada		
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

15. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 15

Questão 16

1ª Versão		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Início do jejum: _____
Versão modificada		
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

16. Qual o grau de concordância com a questão modificada? *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 16

Questão 17

1ª Versão		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
3. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	
Versão modificada		
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico

17. Qual o grau de concordância com a questão modificada?

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 17

Questão 18

1ª Versão		
RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		CORREÇÃO
4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____
Versão modificada		
RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

18. Qual o grau de concordância com a questão modificada?

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

Sugestões - questão 18

« Voltar

Continuar »

JULGAMENTO 2 - AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO

Neste julgamento pretende-se avaliar o conjunto de questões que compõem as seis categorias de segurança do instrumento. Por favor, opine de acordo com o grau de concordância.

Quadro de definição dos atributos

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
Objetividade	Qualidade do que é objetivo, permitindo elencar uma resposta pontual
Clareza	Está descrito de forma clara, de fácil compreensão; com frases simples e inequívocas
Precisão	Cada item é distinto; há rigor na escolha da definição
Pertinência	Característica do que é apropriado àquilo que se pretende provar; que não sugere atributo diferente do definido
Validade	Característica do que é válido
Viabilidade	Característica de ser executável; da possibilidade de ser realizado; da disponibilidade dos dados

Respostas relativas à concordância com cada atributo *

	Discordo totalmente (1)	Discordo (2)	Concordo (3)	Concordo totalmente (4)
19. Objetividade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Precisão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Pertinência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Validade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Viabilidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SUGESTÕES

[« Voltar](#)
[Continuar »](#)

JULGAMENTO 3 - AVALIAÇÃO DO CONJUNTO DAS QUESTÕES E CATEGORIAS DO INSTRUMENTO – AVALIAÇÃO GERAL

25. O título de cada categoria está adequado às ações de segurança que se pretende observar. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

26. Os títulos e as questões do instrumento contemplam o contexto do Programa Nacional de Segurança do Paciente adaptado para pacientes em atendimento de emergência. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

27. O instrumento pode auxiliar na prevenção de incidentes no cuidado. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

28. O instrumento pode auxiliar na identificação precoce de riscos aos pacientes. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

29. O checklist poderá ser replicado em outros serviços de atendimento de emergência hospitalar. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

30. O instrumento é uma ferramenta que permite a confirmação de ações mínimas de segurança por meio da conferência dos itens nele contidos. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

31. Há elementos faltantes para a verificação da segurança do paciente. *

1 2 3 4

Discordo totalmente ☐ ☐ ☐ ☐ Concordo totalmente

SUGESTÕES

« Voltar

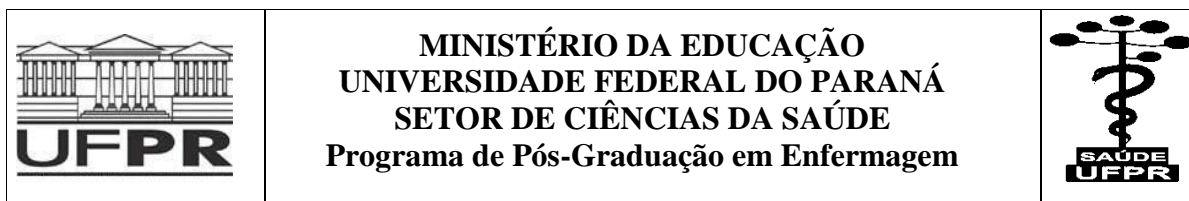
Continuar »

Segunda rodada - Validação do conteúdo do Instrumento Checklist para a segurança do paciente em atendimento de emergência

Obrigada pela sua participação!

[« Voltar](#)[Enviar](#)

APÊNDICE 4 – CONVITE AOS ESPECIALISTAS



Prezado Sr/a

Meu nome é Marly Ryoko Amaya, sou enfermeira, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF da Universidade Federal do Paraná. O projeto de pesquisa a ser desenvolvido por mim sob orientação da Profª Drª Elaine Drehmer de Almeida Cruz é intitulado “Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência”; e objetiva construir e validar instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência.

Desta forma, venho por meio desta, solicitar sua participação no processo de validação do instrumento construído, em que necessitará responder dois questionários. O primeiro corresponde a alguns dados pessoais do sr/a, cuja identidade será mantida em sigilo, e o segundo questionário corresponderá ao julgamento dos itens relativos ao instrumento construído e seu parecer final acerca do mesmo.

Caso aceite participar da pesquisa solicitamos que nos responda o mais breve possível com o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) lido e assinado, para então encaminharmos os seguintes documentos: Carta de orientação sobre a técnica Delphi e os questionários referentes ao julgamento e parecer dos especialistas sobre o instrumento construído.

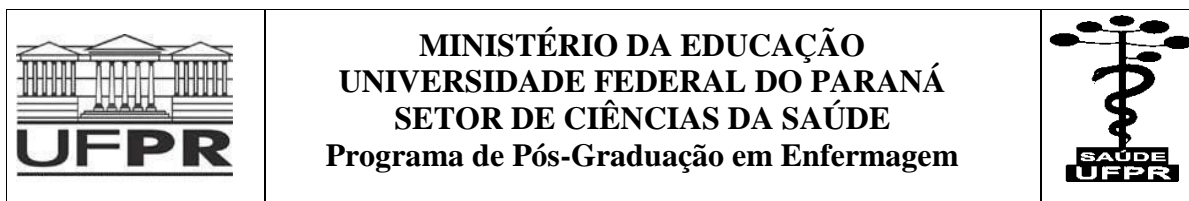
Agradecemos desde já a atenção e colaboração, e aguardamos a sua resposta.

Atenciosamente.

Marly Ryoko Amaya – mah_amaya@hotmail.com

Elaine Drehmer de Almeida Cruz – elainedrehmercruz@gmail.com

APÊNDICE 5 – CARTA DE ORIENTAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI



Técnica Delphi para validação de conteúdo

A técnica Delphi é um método que permite a validação de instrumentos novos por meio da análise e avaliação por um comitê de especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011); sendo estes especialistas também chamados de juízes ou ainda *experts*. Um experto é um perito no domínio do assunto, alguém com conhecimento sendo uma fonte confiável de habilidade, com enorme potencial para julgar adequadamente o processo em avaliação; sendo um conjunto de expertos um conjunto de profissionais com conhecimento e expertise no assunto (FERREIRA, 2010).

O desenvolvimento da técnica ocorre da seguinte forma (SILVA; TANAKA, 1999; OLIVEIRA; COSTA; WILLE, 2001):

1. Os documentos relativos à análise e julgamento do instrumento são encaminhados via correio eletrônico aos especialistas, com todas as informações sobre o conteúdo do instrumento; com determinação do prazo máximo para responder e encaminhar à pesquisadora.

2. Ao receber os questionários respondidos a pesquisadora tabula e analisa os resultados.

3. É realizado um agrupamento das respostas de todos os especialistas a fim de realizar um *feedback* aos participantes, para que todos tenham conhecimento das opiniões apresentadas nas rodadas anteriores, e possam rever suas opiniões conforme necessidade. Este método pode vir a possibilitar a convergência das respostas mais rapidamente.

4. Se houver a necessidade de reformulação de questões do questionário e a rodada de consenso não tiver alcançado a convergência das respostas, a pesquisadora deverá alterar o instrumento e este novamente será encaminhado para a opinião dos especialistas. Os passos seguintes ocorrem da mesma maneira que na primeira etapa, sendo pré-determinada até três rodadas para a anuência entre os especialistas.

5. O índice mínimo de consenso deve alcançar 70%, estimativa possível, na maioria das vezes nas primeiras três rodadas.

Sua completa participação na pesquisa permitirá garantir a relevância e pertinência de cada item elaborado, do conjunto de itens que comporão cada domínio do instrumento e do instrumento como um todo, verificando, portanto se o conjunto de itens representa o conteúdo como um todo do instrumento.

Sua participação é valiosa para nós. Agradecemos sua atenção e sua colaboração.

Pesquisadoras:

Elaine Drehmer de Almeida Cruz

Marly Ryoko Amaya

REFERÊNCIAS:

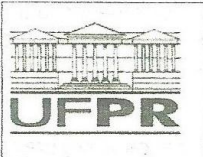

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.

FERREIRA, A. B. H. Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, 2010.

OLIVEIRA, J. S. P.; COSTA, M. M.; WILLE, M. F. C. **Introdução ao método de Delphi**. 1 ed. Curitiba, 2008.

SILVA, R. F.; TANAKA, O. Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 207-16, 1999.

APÊNDICE 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE	
---	---	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Elaine Drehmer de Almeida Cruz e Marly Ryoko Amaya, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o (a) Senhor (a) a participar de um estudo intitulado "Instrumento para avaliar ações de prevenção de incidentes associados à segurança do paciente". A segurança do paciente é um tema contemporâneo e relevante, sendo essencial pesquisas científicas para o avanço da qualidade da assistência ao paciente. Nesse sentido, sua participação é fundamental para a pesquisa.

- a) O objetivo desta pesquisa é construir e validar instrumento para avaliar ações de prevenção de incidentes associados à segurança do paciente em atendimento de emergência.
- b) Caso você aceite participar da pesquisa, esta será por meio da Técnica Delphi online de validação de conteúdo de instrumento, em que, primeiramente, será necessário responder perguntas de um questionário estruturado com informações pessoais de idade, sexo, formação, ano de graduação, ano de conclusão de pós-graduação – *latu sensu*, ano de conclusão de mestrado, ano de conclusão de doutorado, campo de atuação, instituição que atua, cargo ou função atual e tempo de atuação no cargo atual. Em seguida, a etapa compreende o registro do seu julgamento e parecer na análise do conteúdo do instrumento pré-elaborado, composto por ações de segurança ao paciente, em um questionário com questões objetivas e local de sugestão sobre os itens abordados.
- c) Para tanto, todos os documentos de participação – questionários, instrumento pré-construído e a carta de orientação, serão encaminhados via correio eletrônico e caso sejam necessárias mais rodadas para avaliação de conteúdo e validação do instrumento serão desenvolvidas da mesma forma, via correio eletrônico. O tempo estimado para preenchimento dos instrumentos é de 40 minutos. Os instrumentos e o termo de consentimento livre e esclarecido devem ser reencaminhados à pesquisadora no prazo de até 20 dias após a data de recebimento.

Rubricas:

Participante da Pesquisa _____
 Pesquisadora Responsável _____
 Orientadora _____ Orientada _____

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
 em Seres Humanos do Setor de Ciências da
 Saúde/UFPR.
 Parecer CEP/SD-PB.nº 777 624
 na data de 03/09/2014

- d) A participação na pesquisa é voluntária, portanto isenta de receber algum benefício financeiro, assim como não terá custos ou qualquer tipo de desconforto, dano ou prejuízo.
- e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: identificar riscos à segurança do paciente e a partir deles construir um instrumento com ações de segurança que possa ser utilizado nos serviços de atendimento em emergência, visando à melhoria da segurança e da qualidade da assistência. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- f) As responsáveis pela pesquisa, Prof^a Dr^a Elaine Drehmer de Almeida Cruz e mestranda em Enfermagem Marly Ryoko Amaya, poderão ser contatadas pelos telefones (41) 84168951 – Elaine, (41) 32054025 e (41) 98289961 – Marly, para esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa, de 2^a às 6^a feiras das 12h às 18h; ou pelos e-mails: elainedrehmercruz@gmail.com; mah_amaya@hotmail.com.
- g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas: pesquisadoras principal e assistente/colaboradora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. Os dados coletados serão para fins da pesquisa e possíveis publicações científicas.
- i) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do Participante de pesquisa)
Curitiba, ____ de _____ de 2014.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 777 624
na data de 03/09/2014

Assinatura da Pesquisadora

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP: 80060-240
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

APÊNDICE 7 – RESUMO DAS RESPOSTAS DAS RODADAS DE VALIDAÇÃO COM SUGESTÕES DOS ESPECIALISTAS E MODIFICAÇÕES DO *CHECKLIST*

Este é um compilado das sugestões dadas pelos especialistas nas duas rodadas de validação; é composto pelos itens do questionário de avaliação, as sugestões e as alterações realizadas de uma versão para outra do *checklist*. Primeiramente está demonstrada por imagem a questão conforme a primeira versão do *checklist*; em seguida estão descritas as sugestões dadas pelos especialistas e as respectivas modificações realizadas a partir delas na primeira rodada; que deram origem à segunda versão do *checklist*. Por fim, apresentam-se as sugestões e modificações relativas à segunda rodada de validação, concluindo a versão final após validação do instrumento.

CATEGORIA – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

QUESTÃO 1

1ª VERSÃO DO *CHECKLIST*

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificar a redação da pergunta e o termo correções, com exemplos: "*Paciente foi identificado?*", "*Paciente está identificado?*", "*Intervenção*", "*Ação*" (1 especialista).

Alterações: realizadas para 'Paciente está identificado?' e 'Intervenções'.

Sugestão 2: inserir item que questione ou identifique o tipo de identificação, padronizar identificação na instituição e uma pergunta sobre o dispositivo pulseira de identificação especificamente (4 especialistas).

Alterações: não alterado com relação a esta sugestão. A possibilidade de inserir os diferentes tipos de dispositivos existentes (pulseira, placa no leito, placa na maca, etiqueta de identificação, ou outros) foi idealizada na construção, porém não foram incluídas no instrumento, pois cada instituição pode adotar a identificação que melhor se adapta a sua realidade. É importante que o serviço possua e verifique o uso de um dispositivo eficiente e legível para identificar os pacientes.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: solicitar revisor de português e modificar a redação da pergunta, exemplo: "O paciente está identificado?", "Paciente identificado?" (2 especialistas).

Resposta à sugestão: Na primeira versão do instrumento a questão era "Paciente identificado?" e em decorrência das sugestões houve a modificação da pergunta com a inserção do verbo 'está'. Como o consenso do comitê foi maior na primeira rodada (100%) optou-se por retornar à forma escrita da primeira versão do *checklist*.

ALTERAÇÃO FINAL

O item retornou para a redação da primeira versão do *checklist*: 'Paciente identificado?'.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
1. Paciente identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Providenciada identificação

QUESTÃO 2

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
2. Identificação legível? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificação substituída

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: Adicionar instruções de preenchimento do instrumento (1 especialista).

Alteração: foram adicionadas instruções de como preencher o *checklist* no início e no verso do mesmo, a fim de orientar seu uso e finalidade.

Sugestão 2: detalhar a sigla NSA (2 especialistas).

Alteração: inserido por extenso a descrição da sigla NSA.

Sugestão 3: retirar a sigla NSA nesta questão (1 especialista).

Alteração: foi retirada a sigla NSA para este item do *checklist*.

Sugestão 4: Modificar a redação para "A identificação está legível?" (1 especialista)

Alteração: redação foi modificada conforme sugestão.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída

SEGUNDA RODADA

Sem sugestões na segunda rodada.

ALTERAÇÃO FINAL: o item manteve-se conforme enviado na segunda rodada.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
2. A identificação está legível?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Identificação substituída

QUESTÃO 3

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÕES DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
3. Identificação com ≥ 2 informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: inserir quais informações (3 especialistas).

Alteração: as informações, para detalhamento, foram descritas no manual do *checklist*; e as que podem ser adicionadas no dispositivo de identificação são: nome completo do paciente, idade, nome completo da mãe, data de nascimento, número de prontuário ou atendimento, e outras mais que forem preconizadas pela instituição. A proposta de inserção das informações que devem ser contidas no dispositivo de identificação do paciente foi excluída ao entender que para o serviço adotar o uso do *checklist* ele deverá inserir uma capacitação aos profissionais e que, nesta, todas as informações de preenchimento e de compreensão dos itens serão abordados.

Sugestão 2: modificação da redação; exemplo: "A identificação contém duas ou mais informações" (2 especialistas).

Alteração: sugestão aceita e o item foi modificado para 'Identificação contém duas ou mais informações?'.

Sugestão 3: detalhar sigla NSA (1 especialista).

Alteração: a sigla foi especificada no início do *checklist*, nas orientações iniciais de preenchimento.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
3. Identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: iniciar a frase com 'A identificação (...)', solicitar revisão de português (1 especialista).

Resposta à sugestão: item não modificado, sendo mantida a redação proposta na segunda versão do *checklist* por não influenciar a compreensão da frase; e o instrumento passou por revisão de português ao término da segunda rodada.

ALTERAÇÃO FINAL: o item foi mantido conforme redação da segunda versão do *checklist* após passar por revisão de português

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
3. A identificação contém duas ou mais informações?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA*	<input type="checkbox"/> Inserida mais informação

QUESTÃO 4

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO	
4. Identificação da classificação de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificar a redação; exemplo: "*Classificação de risco identificada?*" (2 especialistas).

Alteração: sugestão aceita. A pergunta objetiva conhecer se há algum tipo de classificação de risco realizada e que identifica o paciente como acolhido pelo protocolo de classificação de risco; além de considerar a pulseira de classificação de risco como mais um dispositivo de identificação para o paciente atendido.

Sugestão 2: incluir pergunta que verifique o conhecimento do paciente sobre seu diagnóstico (1 especialista).

Alteração: não realizada; este item objetiva confirmar se o paciente passou pela classificação de risco, verificada através da presença do dispositivo de identificação.

Sugestão 3: descrever qual classificação a ser utilizada (1 especialista).

Alteração: não realizada, pois o *checklist* não pretende determinar qual classificação de risco usar; mas sim que seja verificada a segurança; fica a critério da instituição escolher qual utilizar.

Sugestão 4: inserir opção NSA, pois nem todas as instituições realizam a classificação de risco (2 especialistas).

Alteração: sugestão aceita e o item recebeu a opção 'NSA' na resposta.

Sugestão 5: trocar o termo 'classificação' por 'tipo de risco', 'exposição', 'vulnerabilidade' (1 especialista).

Alteração: não houve alteração do termo. A classificação de risco refere-se à implantação do acolhimento e triagem de classificação de risco do paciente, ferramenta que têm o intuito de organizar as filas de espera para o atendimento priorizando-o em ordem de gravidade e risco de complicações; não é referente ao risco pela exposição do paciente no ambiente de cuidado, mas sim o uso do protocolo no serviço.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: retirar a alternativa de resposta NSA (1 especialista).

Resposta à sugestão: a opção de resposta NSA foi mantida, pois ela foi sugerida na primeira rodada por considerar que nem todas as instituições realizam a classificação de risco.

Sugestão 2: modificar a redação da pergunta, exemplo: "Classificação de risco realizada?" (1 especialista).

Resposta à sugestão: o objetivo desta pergunta é verificar a presença do dispositivo da classificação de risco no paciente a fim de conferir que ela foi realizada. Esta frase foi sugerida pelos especialistas na primeira rodada de validação; e apesar de alcançar 70% de concordância nesta rodada, o índice foi menor do que o apresentado na primeira rodada, sendo optado o retorno à forma escrita da primeira versão do *checklist* "Identificação da classificação de risco?".

ALTERAÇÃO FINAL: a pergunta do item 4 manteve a redação da segunda versão do *checklist* 'Classificação de risco identificada?'.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		INTERVENÇÃO
4. Classificação de risco identificada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Registrada a classificação

CATEGORIA 2 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

QUESTÃO 5

1ª RODADA DE VALIDAÇÃO

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
5. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Alérgico a: _____

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: exclusão da pergunta (1 especialista).

Alteração: a pergunta não foi excluída, pois é importante investigar esta condição do paciente em todos os momentos durante o cuidado.

Sugestão 2: inserir uma opção de resposta o desconhecimento da alergia do paciente, pois em muitos casos o paciente não sabe ou não está em condições de informar aos profissionais. Exemplos: 'Não informado', 'Não sabe informar', 'Desconhece' (4 especialistas).

Alteração: inserida a opção de resposta 'Não informa'.

Sugestão 3: modificar o campo de registro do tipo da alergia (2 especialistas).

Alteração: modificado o campo 'Intervenção', sendo inserido item de registro da alergia do paciente.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: manter o formato da 1ª versão (1 especialista).

Alteração: apesar desta pergunta ter atingido consenso maior entre os especialistas no formato da primeira versão do instrumento, esta questão manteve-se conforme

segunda versão, pois atende às inúmeras sugestões dadas na primeira rodada de validação e por manter significativo índice de concordância entre os especialistas.

Sugestão 2: modificar a redação para: “O paciente é alérgico?” (1 especialista).

Alteração: a forma anterior não modifica o sentido da frase. Ao término da segunda rodada o item passou por revisor de português.

Sugestão 3: inserir a causa da alergia e a intervenção (1 especialista).

Alteração: para o registro do tipo da alergia que o paciente relata foi destinado o campo ao lado da alternativa de resposta ‘SIM’, e neste item não foi adicionada intervenção, pois foi inserida a intervenção ‘paciente identificado quanto ao risco’ no item seguinte.

Sugestão 4: modificar a redação da alternativa ‘Não informa’ para “não informado” (1 especialista).

Alteração: ambas as alternativas foram descritas como sugestão na primeira rodada, porém optou-se por ‘não informa’ no tempo presente caso o paciente esteja, por exemplo inconsciente e, portanto, impossibilitado de responder no momento da checagem.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme proposta na segunda versão do *checklist*.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
5. Paciente é alérgico?	<input type="checkbox"/> SIM _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO INFORMA	

QUESTÃO 6

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
6. Se alérgico, identificado como tal? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificar a redação da pergunta, exemplo: “Se alérgico, realizada a identificação?” (2 especialistas).

Alteração: a redação foi modificada para ‘Se alérgico, está identificado?’.

Sugestão 2: informar e padronizar o tipo da identificação da alergia (2 especialistas)

Alteração: não foi inserido um tipo de identificação de alergia padrão, pois o objetivo é promover e facilitar a verificação da segurança do paciente com o dispositivo que a instituição utiliza.

Sugestão 3: inserir questionamento sobre o grupo farmacológico do medicamento alergênico (1 especialista).

Alteração: não foi adicionado este item, pois objetiva-se registrar a informação de presença ou não de alergia, a fim de sinalizar para a equipe de saúde que o paciente possui o risco de desencadear uma reação alérgica por algum componente do fármaco ou dispositivo.

Sugestão 4: inserir campo para informar a que o paciente possui alergia (1 especialista).

Alteração: o campo para registro do tipo da alergia do paciente foi inserida na pergunta anterior a esta do *checklist*.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
6. Se alérgico, está identificado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificado

SEGUNDA RODADA

Sem sugestões.

ALTERAÇÕES FINAIS: o item foi aceito conforme redação da segunda rodada.

QUESTÃO 7

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Infusões identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA <input type="checkbox"/> Identificadas

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificar a redação da pergunta para o plural (1 especialista).

Alteração: modificação realizada para 'As infusões estão identificadas?'.

Sugestão 2: excluir o item NSA (1 especialista).

Alteração: item mantido, pois a opção NSA foi incluída como opção de resposta uma vez que nem todos os pacientes, em todos os momentos, estão com infusões de medicamentos prescritos e sendo administrados.

Sugestão 3: inserir quais são os critérios de identificação (2 especialistas).

Alteração: os critérios de identificação do paciente e da medicação a ser administrada conforme Ministério da Saúde estão dispostos no manual de compreensão do instrumento.

Sugestão 4: inserir campo no instrumento para registro de que as informações foram documentadas (1 especialista).

Alteração: não foi adicionada esta opção, pois o próprio *checklist* é um documento de registro.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: mudar o verbo das intervenções para o infinitivo (1 especialista).

Alteração: as intervenções foram todas inseridas com os verbos no passado, pois assim é uma forma de garantir que o profissional que está checando as ações também realiza a intervenção ou a solicita caso ela não possa realizar. O importante é garantir que a intervenção tenha sido feita ao término da checagem. Se colocar os verbos no infinitivo, exemplo 'identificar', a ação pode denotar a sua necessidade, mas não afirmar que foi realizada.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme redação proposta na segunda versão do *checklist*.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		INTERVENÇÃO
7. As infusões estão identificadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Identificadas

CATEGORIA 3 – RISCO DE QUEDAS

QUESTÃO 8

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
1. Grades elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Elevação das grades

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: inserir uma pergunta no *checklist* que verifique se o paciente/familiar tem conhecimento sobre o risco de queda a que está suscetível (1 especialista).

Alteração: foi inserida uma pergunta relativa a esta sugestão no lugar da pergunta 9 do *checklist* que foi excluída.

Sugestão 2: incluir na pergunta o questionamento a cerca das condições para uso da maca/grades, e se não, qual a conduta realizada; e a presença de sensores e alarmes de leitos habilitados (4 especialistas).

Alteração: não houve modificação da questão neste sentido, pois é dever do profissional solicitar a manutenção e retirada de qualquer equipamento desconforme. Com relação aos sensores e alarmes o uso de macas e camas com estes dispositivos não é padrão a todas as instituições.

Sugestão 3: modificar a redação da pergunta (1 especialista).

Alteração: pergunta modificada para 'As grades estão elevadas?'.

Sugestão 4: incluir neste item a opção de resposta NSA.

Alteração: sugestão atendida.

Sugestão 5: modificar a ordem desta pergunta para último item desta categoria (1 especialista)

Alteração: sugestão atendida.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
10. Grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: inserir alternativa de defeito nas grades (1 especialista).

Resposta à sugestão: não foi considerada esta sugestão, pois as macas quebradas ou com defeitos devem ser prontamente retiradas do uso na unidade e encaminhadas para manutenção.

Sugestão 2: considerar a questão de alarmes anti-quedas (1 especialista).

Resposta à sugestão: a questão dos alarmes não foi abordada uma vez que não são todas as instituições, no contexto nacional, que fazem uso de camas com alarmes ou outros tipos de sensores.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme redação proposta na segunda versão do *checklist* e obteve alteração na ordem da questão, que passou da ordem oitava para décima. Após a revisão de português foi inserido o artigo “As” para a frase, ficando assim definida:

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
10. As grades estão elevadas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> As grades foram elevadas

QUESTÃO 9

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Apresenta risco para queda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____

Esta questão foi excluída do *checklist* em decorrência dos questionamentos feitos pelos especialistas sobre a existência do risco de queda e da forma de sua avaliação pelos profissionais. Adotou-se a escala de Morse e seu uso evidencia que é iminente nos pacientes em atendimento de saúde o risco de queda; essa escala apresenta os diferentes graus de risco de cada paciente. No lugar desta questão foi inserida a pergunta relativa ao conhecimento do paciente/familiar sobre o risco de queda e se foi orientado.

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: inserir parâmetro, escala, descrição dos riscos no instrumento (8 especialistas).

Alteração: sugestão atendida e foi adotada a escala de Morse para avaliação do risco durante a aplicação do *checklist*.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO DE QUEDAS	INTERVENÇÃO
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: mudar a ordem da questão, a qual deve vir antes da questão 8 (1 especialista).

Alteração: esta pergunta foi inserida como número 9, pois primeiro o profissional avalia o risco de queda do paciente e, posteriormente, orienta o paciente/acompanhante.

Sugestão 2: inserir as orientações (1 especialista).

Alteração: neste local o objetivo é conferir que as orientações foram realizadas. O prontuário do paciente, a evolução e anotação de enfermagem são os documentos mais adequados para o registro das orientações realizadas ao paciente/acompanhante; e desta forma o item foi mantido conforme redação da segunda versão do *checklist*.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme redação proposta na segunda versão do *checklist*.

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
9. Paciente/acompanhante orientado sobre o risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Orientação realizada

QUESTÃO 10

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
3. Sinalizado o risco de queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Sinalizado o risco

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: remover a opção NSA (1 especialista).

Alteração: sugestão atendida.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: retornar à forma da primeira versão 'Sinalizado o risco de queda?' (2 especialistas).

Alteração: o item foi modificado a fim de atender as sugestões da primeira rodada na qual se questionou como o grau deste risco seria avaliado pelo profissional que realiza a conferência, e não apenas a sinalização do risco. Desta forma, o item foi mantido conforme segunda versão do *checklist*, com a adição da escala de avaliação do risco de queda.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme a segunda versão do *checklist* e obteve alteração na ordem da questão, que passou da ordem décima para oitava.

RISCO DE QUEDAS		INTERVENÇÃO
8. Sinalizado o grau de risco para queda?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado** e sinalizado o risco

CATEGORIA 4 – RISCO DE INFECÇÃO

QUESTÃO 11

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Álcool no ponto de assistência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Álcool disponibilizado

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificar a redação da pergunta trocando o termo 'álcool' e 'ponto de assistência' por termos sinônimos (4 especialistas).

Alteração: realizada mudança da redação da pergunta para: 'Solução alcoólica próxima ao paciente?'.

Sugestão 2: adicionar termo na pergunta a fim de especificar qual álcool utilizado (1 especialista).

Alteração: não foi modificada a questão neste sentido, pois a preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos possui opções de composição estabelecidas para uso em estabelecimentos de saúde, devendo a instituição de saúde observar a legislação vigente.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próximo ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: modificar o termo próximo para o feminino, inserir o verbo 'Há (...)', melhorar o termo 'próximo ao paciente', trocar termo 'paciente' por 'leito' (4 especialistas).

Resposta à sugestão: a pergunta 'Solução alcoólica próximo ao paciente?' foi sugerida na primeira rodada de validação por vários especialistas aprimorando seu sentido real, portanto não foi modificada. O termo próximo, no gênero masculino foi corrigido.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme redação proposta na segunda versão do *checklist*, com correção do termo 'próximo'.

RISCO DE INFECÇÃO		INTERVENÇÃO
11. Solução alcoólica próxima ao paciente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Solução alcoólica disponibilizada

CATEGORIA 5 - RISCO DE LESÕES DE PELE

QUESTÃO 12

1ª VERSÃO DO *CHECKLIST*

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Risco para integridade cutânea? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Qual (is): _____

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificar a redação da pergunta, dos termos 'instalada' e 'lesão de pele'; utilizando os termos 'integridade da pele prejudicada', 'úlceras por pressão' (4 especialistas).

Alteração: a redação da pergunta foi alterada para: 'Apresenta risco para úlcera por pressão?'.

Sugestão 2: realizados questionamentos sobre o uso de parâmetros/escala de Braden e a necessidade de inserir como opções no *checklist* (7 especialistas)

Alteração: com estes questionamentos optou-se por inserir a escala de Braden no verso do instrumento para que o profissional tenha parâmetros, avalie o risco do paciente e, então, realize a sinalização do risco de úlceras por pressão.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: inserir a redação da pergunta como estava na primeira versão (1 especialista).

Alteração: o item foi mantido conforme a segunda versão por ter obtido maior índice de concordância na segunda rodada.

Sugestão 2: inserir medidas de prevenção de úlcera por pressão como itens no campo 'Intervenções'.

Alteração: este item não foi modificado, pois o foco não é inserir todas as medidas de prevenção para úlceras por pressão, mas sim verificar se há o risco para direcionar intervenções específicas de acordo com as características apresentadas. Os detalhes sobre as medidas elaboradas e o plano de cuidados devem ser descritos no prontuário do paciente e no registro de enfermagem.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme redação proposta na segunda versão do *checklist*.

RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
12. Apresenta risco para úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Avaliado**

QUESTÃO 13

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
2. Há lesão de pele instalada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Descreva:_____

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificar a redação da pergunta, trocar os termos 'instalada', e 'lesão de pele' (3 especialistas).

Alteração: a redação da pergunta foi modificada para 'Apresenta úlcera por pressão?'.

Sugestão 2: inserir como ação de correção a avaliação e não a descrição da lesão (1 especialista).

Alteração: o item de avaliação do risco de úlcera por pressão foi inserido como ação de correção da pergunta anterior 'Apresenta risco para úlcera por pressão?'

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

Destaca-se que este item de checagem, na nova conformação do *checklist*, passou a ser questão número 14 e o de ordem 14 passou a ser 13.

RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: inserir o grau da úlcera, a descrição da ferida e os cuidados (1 especialista)

Alteração: objetivou-se nas intervenções inserir medidas ou ações imediatas para no caso da não realização dos itens contidos no instrumento (por exemplo, avaliação quanto ao risco de queda ou de úlcera por pressão) ou o registro imediato e sintetizado de que as ações/orientações já foram realizadas como no caso da presença de lesões de pele. Supõe-se que a descrição da lesão de pele e o respectivo plano de cuidados sejam elaborados pelo enfermeiro juntamente com a equipe e que seja registrado em detalhes no prontuário do paciente e no registro de enfermagem. Portanto, o *checklist* neste momento, é usado para confirmar os dados, o que levou a não inserção de detalhes de cuidados na checagem, uma vez que já estarão registrados nos demais documentos.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme redação proposta na segunda versão do *checklist*.

RISCO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
14. Apresenta úlcera por pressão?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Registrado em prontuário

QUESTÃO 14

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
3. Conduta adotada:	

Esta questão foi excluída devido aos questionamentos acerca do objetivo do *checklist* ser a identificação dos riscos e a sua prevenção; estando o item ambíguo com relação ao que se pretende registrar (7 especialistas). Houve questionamentos sobre a necessidade de que quando há o risco este deve ser sinalizado; desta forma, foi inserida a questão 'Sinalizado o grau de risco?' com respostas 'SIM' e 'NÃO', e intervenção 'Sinalizado o grau de risco'. Destaca-se que este item de checagem substituiu o item de ordem 14, entretanto, na nova conformação do *checklist* passou a ser questão número 13 e o de ordem 13 passou a ser 14.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: inserir na pergunta que o risco é para úlcera por pressão (1 especialista)

Alteração: o item não foi modificado, pois o termo está implícito na frase e aparece descrito no título da categoria.

ALTERAÇÃO FINAL: item mantido conforme redação proposta na segunda versão do *checklist*.

RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO		INTERVENÇÃO
13. Sinalizado o grau de risco?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Sinalizado o grau de risco

CATEGORIA 6 – RISCO CIRÚRGICO E OUTROS

QUESTÃO 15

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
1. Em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Obs: _____

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: modificação da redação da pergunta inserindo o sujeito na frase (3 especialistas).

Alteração: pergunta modificada para 'Paciente em pré-operatório?'

Sugestão 2: retirar o termo 'Obs' (2 especialistas).

Alteração: termo retirado.

Sugestão 3: incluir a opção de resposta NSA (1 especialista).

Alteração: não inserida a opção de resposta, pois entende-se que se o paciente não está em pré-operatório ou então que não há o atendimento cirúrgico nestas unidades a resposta ao item seja 'não'. O instrumento pode ser adaptado a realidade de cada instituição.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

SEGUNDA RODADA

Sem sugestões.

ALTERAÇÃO FINAL: a questão foi mantida conforme apresentada a segunda versão do *checklist*.

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
15. Paciente em pré-operatório?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

QUESTÃO 16

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA	CORREÇÃO
2. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
	Início do jejum: _____

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: retirar o registro do horário do jejum do campo 'intervenção' (2 especialistas).

Alteração: houve a mudança do registro do início do jejum, o campo foi inserido após a opção de resposta 'SIM': '☐ SIM Início _____'.

Sugestão 2: incluir a opção de resposta 'NSA' (2 especialistas).

Alteração: sugestão aceita.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: retornar à 1ª versão (1 especialista).

Alteração: o item foi mantido conforme apresentado na segunda versão, uma vez que o grau de concordância apresentou-se maior nesta rodada.

ALTERAÇÃO FINAL: o item manteve-se conforme apresentado na segunda versão.

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
16. Paciente em jejum?	<input type="checkbox"/> SIM Início _____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

QUESTÃO 17

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
3. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: inserir como correção item relativo à solicitação da marcação do sítio cirúrgico (1 especialista).

Alteração: sugestão atendida e o item adicionado como correção foi: 'Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico'.

Sugestão 2: detalhar a sigla NSA (1 especialista).

Alteração: sigla descrita nas orientações de preenchimento do *checklist*.

Sugestão 3: inserir um campo de preenchimento do nome do profissional que realizou a demarcação do sítio cirúrgico (1 especialista).

Alteração: não foi inserido este campo, pois esta informação deve estar registrada no prontuário do paciente, uma vez que os profissionais que realizam cuidados e procedimentos deve fazer a evolução do paciente conforme o atendimento.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		INTERVENÇÃO
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico

SEGUNDA RODADA

Sem sugestões.

ALTERAÇÃO FINAL: o item foi mantido conforme redação da segunda rodada.

RISCO CIRÚRGICO E OUTROS		INTERVENÇÃO
17. Sítio cirúrgico demarcado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Solicitada a demarcação do sítio cirúrgico

QUESTÃO 18

1ª VERSÃO DO CHECKLIST

AÇÃO DE SEGURANÇA		CORREÇÃO
4. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Obs: _____

PRIMEIRA RODADA

Sugestão 1: retirar o termo 'Obs' (1 especialista).

Alteração: sugestão atendida.

Sugestão 2: incluir opção de resposta 'NSA' (2 especialistas).

Alteração: sugestão atendida.

2ª VERSÃO DO CHECKLIST

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	

SEGUNDA RODADA

Sugestão 1: inserir uma intervenção para descrição de qual exame realizado (1 especialista).

Alteração: foi inserida uma intervenção para no caso de não ter sido realizada a tipagem sanguínea, uma vez que esse fato incorre em riscos para o paciente. Nesse sentido, foi inserida a seguinte intervenção: 'Coletada amostra sanguínea para tipagem'.

Sugestão 2: retirar o termo 'e outros' do título 'Risco cirúrgico' (1 especialista).

Alteração: sugestão atendida.

ALTERAÇÃO FINAL: inserida a intervenção para confirmar a realização da coleta de amostra sanguínea para tipagem e o título da categoria foi modificada para 'Risco cirúrgico'.

RISCO CIRÚRGICO		INTERVENÇÃO
18. Tipagem sanguínea realizada?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NSA	<input type="checkbox"/> Coletada amostra sanguínea para tipagem

JULGAMENTO 2 – ATRIBUTOS DO *CHECKLIST*

Questões 19 a 24 (objetividade, clareza, precisão, pertinência, validade, viabilidade, respectivamente)

QUADRO 1 - COMENTÁRIOS E RESPOSTAS SOBRE O JULGAMENTO DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO NA PRIMEIRA RODADA

Comentários dos especialistas	Resposta aos comentários
Viabilidade: discorrer que o instrumento é viável para uso na passagem de plantão (1 especialista)	Foi descrito o uso do instrumento na passagem de plantão nas orientações de aplicação.
Perguntas inseridas após cada pergunta do instrumento (2 especialistas)	Cada questão possui o campo de comentários e sugestões específicas; portanto, entende-se que ao avaliar o item, cada dúvida ou sugestão foi comentada em seguida, ficando o campo dos atributos para algum detalhe que faltou ser avaliado individualmente.
Sugestões de ampliar questões, especificar parâmetros e melhorar a redação das perguntas a fim de tornar o instrumento mais claro (5 especialistas)	As sugestões foram consideradas a fim de aprimorar o instrumento.
Pertinência: adequar o instrumento às especificidades de cada serviço a ser implantado. Viabilidade: realizar orientação e capacitação dos profissionais para destacar a importância para a segurança do paciente (3 especialistas)	Cada serviço pode adaptar o instrumento a sua realidade. Com relação à implantação, recomenda-se que o serviço realize capacitação e treinamento com os profissionais para a compreensão da finalidade, importância e aplicação do <i>checklist</i> .

FONTE: A autora (2015)

QUADRO 2 - COMENTÁRIOS E RESPOSTAS SOBRE O JULGAMENTO DOS ATRIBUTOS DO INSTRUMENTO NA SEGUNDA RODADA

Comentários dos especialistas	Resposta aos comentários
Alterações sugeridas na redação de um dos itens a fim de melhorar a clareza (1 especialista)	As sugestões foram consideradas a fim de aprimorar o instrumento.
A quantidade de questões pode comprometer a viabilidade (1 especialista)	As questões foram elaboradas de maneira sintetizada e objetiva a fim de ser viável a utilização do instrumento.

FONTE: A autora (2015)

JULGAMENTO 3

QUESTÃO 25 – O título de cada categoria está adequado às ações de segurança que se pretende observar

PRIMEIRA RODADA

COMENTÁRIO 1 - Elencar os incidentes pelos protocolos do PNSP não contempla todo o contexto específico da emergência (2 especialistas).

SEGUNDA RODADA

Sem comentários.

QUESTÃO 26 – Os títulos e as questões do instrumento contemplam o contexto do Programa Nacional de Segurança do Paciente adaptado para pacientes em atendimento de emergência

PRIMEIRA RODADA

COMENTÁRIO 1 - Os títulos e as questões contemplam o PNSP, mas não devem ser breves (1 especialista).

Resposta ao comentário: objetivou-se a clareza e objetividade dos itens.

COMENTÁRIO 2 - Deixar o objetivo mais claro (1 especialista).

Resposta ao comentário: orientações de preenchimento foram inseridas no instrumento e outras informações foram disponibilizadas no manual para compreensão dos itens do *checklist*.

COMENTÁRIO 3 - Faltou item relativo à lavagem das mãos, registro das informações no prontuário do paciente e checagem dos 5 certos para medicação (1 especialista).

Resposta ao comentário: como item de higienização de mãos para o cuidado optou-se pela verificação de condição mínima para que os profissionais realizem-na, neste caso, pela fricção das mãos com solução alcoólica, condição que pode substituir a lavagem das mãos com água e sabonete líquido durante a assistência. A questão da verificação dos 5 certos da administração de medicamentos foi abordada parcialmente no item do *checklist* que aborda a identificação das infusões.

COMENTÁRIO 4 - O risco de infecção não está claro (1 especialista).

Resposta ao comentário: mais informações sobre a inserção desta categoria de segurança foi inserida no Manual para a compreensão do *checklist*.

SEGUNDA RODADA

Sem comentários.

QUESTÃO 27 – O instrumento pode auxiliar na prevenção de incidentes no cuidado

PRIMEIRA RODADA

COMENTÁRIO 1 - A prevenção vai depender dos profissionais que utilizarão a ferramenta, pois para isso é necessário a compreensão da importância e a capacitação para o seu uso (2 especialistas).

Resposta ao comentário: a inserção do instrumento como rotina nas instituições requer o treinamento dos profissionais.

SEGUNDA RODADA

Sem comentários.

QUESTÃO 28 – O instrumento pode auxiliar na identificação precoce de riscos aos pacientes

PRIMEIRA RODADA

COMENTÁRIO 1 – Não há parâmetros para o risco de lesão (1 especialista).

Resposta ao comentário: foi adicionada a escala de Braden para avaliação do risco.

SEGUNDA RODADA

Sem comentários.

QUESTÃO 29 – O *checklist* poderá ser replicado em outros serviços de atendimento de emergência hospitalar

PRIMEIRA RODADA

COMENTÁRIO 1 - Com o número de profissionais suficientes o instrumento pode ser replicado (1 especialista).

COMENTÁRIO 2 - Tem potencial para ser utilizado nos serviços (1 especialista).

COMENTÁRIO 3 - É possível a replicação em serviços de atendimento de emergência intra-hospitalar no pronto socorro ou pronto atendimento (1 especialista).

COMENTÁRIO 4 - O instrumento validado poderá sofrer alterações e ou modificações para se adequar a cada realidade (1 especialista).

SEGUNDA RODADA

COMENTÁRIO 1: é possível a replicação até mesmo para que haja a avaliação da sua aplicabilidade (1 especialista).

COMENTÁRIO 2: é possível a replicação ao ser adaptado a cada realidade (1 especialista).

QUESTÃO 30 – O instrumento é uma ferramenta que permite a confirmação de ações mínimas de segurança por meio da conferência dos itens nele contidos

PRIMEIRA RODADA

COMENTÁRIO 1 - Esse instrumento pode criar gatilhos para monitoramento de riscos na emergência (1 especialista).

COMENTÁRIO 2 - De maneira geral o instrumento é uma ferramenta que permite a confirmação de ações mínimas de segurança (1 especialista).

SEGUNDA RODADA

Sem comentários.

QUESTÃO 31 – Há elementos faltantes para a verificação da segurança do paciente

PRIMEIRA RODADA

COMENTÁRIO 1 - Há elementos faltantes já pontuados nas questões anteriores (7 especialistas).

COMENTÁRIO 2 - Inserção de aspectos comunicacionais (2 especialistas).

Resposta ao comentário: não foi inserido especificamente; o instrumento em si é um elemento de comunicação entre a equipe multiprofissional, de forma escrita. O uso dele é um registro, uma ferramenta comunicacional do serviço, assim como o registro em prontuários e relatórios do cuidado. O uso de protocolos e listas de verificação são estratégias recomendadas para fortalecer a comunicação e o compartilhamento de informações.

COMENTÁRIO 3 – especificar as drogas potencialmente de riscos (1 especialista)

Resposta ao comentário: o objetivo não é delimitar a conferência de um tipo específico de medicação e sim que seja garantida e verificada a identificação correta das medicações em uso pelo paciente.

SEGUNDA RODADA

COMENTÁRIO 1: há elementos faltantes, mas que devem ser selecionados de acordo com o serviço, na continuidade do cuidado do paciente (1 especialista).

COMENTÁRIO 2: os alarmes dos equipamentos são negligenciados pela equipe, portanto é importante abordar o seu funcionamento (1 especialista).

Resposta ao comentário: não foi inserida questão relativa a alarmes de equipamentos como das camas hospitalares uma vez que não é uma realidade de todas as instituições no Brasil.

COMENTÁRIO 3: o instrumento poderá sofrer alterações de acordo com a realidade da instituição (1 especialista).

QUESTÃO 32 – Para finalizar, em sua opinião, qual dos modelos acima melhor apresenta o checklist?

PRIMEIRA RODADA

QUADRO 3 – COMENTÁRIOS E RESPOSTAS SOBRE A QUESTÃO 32

Comentários dos especialistas	Resposta ao comentário
Trocar termo "Correção".	O termo foi trocado por 'Intervenções'.
Clareza e objetividade são essenciais para a aplicação do instrumento.	Na construção do instrumento buscou-se a objetividade, a praticidade e a clareza; e com as sugestões dos especialistas supõe-se que foi possível aprimorá-lo para o alcance destes requisitos.
As categorias não refletem o conteúdo dos itens em sua totalidade.	Foram realizadas modificações conforme sugestões dos especialistas a fim de atender o contexto da segurança do paciente em emergência.

FONTE: A autora (2015)

SEGUNDA RODADA

Não houve este item no questionário de avaliação.

ANEXO

TERMO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência

Pesquisador: ELAINE DREHMER DE ALMEIDA CRUZ

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34900414.4.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 777.624

Data da Relatoria: 10/09/2014

Apresentação do Projeto:

Colaboradora: Marly Ryoko Amaya

Serviços de atendimento de emergência requerem especial atenção já que possuem características diferenciadas dentro do fluxo de atendimento hospitalar. Nesse sentido, a criação de instrumentos como protocolos, listas de conferências, e políticas públicas é necessária para orientar e direcionar os profissionais nos serviços visando a ações mais seguras de assistência. Ainda, dentre os profissionais que atuam nos serviços de saúde, a equipe de enfermagem está bastante presente em todo o processo de cuidado e, portanto participativa nos procedimentos realizados diretamente aos pacientes, estando suscetível a cometer erros no cuidado, assim como na atuação da detecção da ocorrência de incidentes.

Diante da relevância do tema exposto e pela relevância de instrumentos para verificação de ações de segurança dos pacientes em atendimentos de saúde, e principalmente em situações de emergência, este estudo mostra-se importante para contribuir com o conhecimento científico e com a qualidade dos serviços prestados. Um instrumento orientado por manuais e protocolos com evidência científica estabelece padrões e critérios de desenvolvimento das ações em saúde.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 777.624

Promover ações mínimas de prevenção contribui para uma melhoria na qualidade do atendimento; pode facilitar o serviço da equipe de enfermagem e conferir ações mais seguras de cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- elaborar instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência.

Objetivos específicos:

- Construir instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente;
- Validar o instrumento construído para verificação de ações para a segurança do paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não acarretará riscos aos participantes com manutenção de sigilo, porém os resultados alcançados proporcionarão benefícios a todos, participantes e/ou consumidores dos resultados, pois evidenciarão uma possível nova estratégia de promoção da segurança ao paciente em atendimento de emergência e de melhoria na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa.

O local da pesquisa será a Universidade Federal do Paraná, campus Botânico. O tempo estimado do estudo será a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR até março de 2016.

O desenvolvimento da pesquisa comporá a construção do instrumento e posteriormente a validação do mesmo; sendo esta última correspondente à coleta de dados.

Para a construção do instrumento será realizada a seleção de ações que representam medidas de segurança ao paciente; medidas que previnem a ocorrência de incidentes durante um atendimento de emergência. Estas ações serão compostas por práticas assistenciais, uma vez que práticas realizadas de forma correta e eficiente são primordiais para a prevenção de incidentes no cuidado.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 777.624

As bases conceituais que fundamentarão a construção das ações serão as evidências científicas acerca da ocorrência de incidentes e erros no atendimento de emergência e os programas brasileiros de segurança do paciente. Os programas abordam, além das evidências científicas mais atuais, normas, regulamentos e legislações vigentes e desenvolvem orientações de boas práticas assistenciais em saúde.

O Programa recentemente criado no Brasil é o PNSP, e a partir dele foram instituídas orientações por meio dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, estabelecidos pela Portaria MS/GM nº 529/2013 que visam instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e melhoria da qualidade, compreendendo os protocolos de: 1. Cirurgia Segura; 2. Prática de Higiene das mãos; 3. Úlcera por Pressão; 4. Identificação do Paciente; 5. Prevenção de Quedas; 6. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Nesse sentido, estes protocolos citados, serão a principal fundamentação a ser utilizada, dando suporte científico para a elaboração do instrumento, visto que fornecem recomendações de boas práticas assistenciais mais seguras a todas instituições de saúde do Brasil. Estas recomendações serão analisadas e serão formulados os itens de ações de prevenção que comporão o instrumento.

Para a validação do instrumento será utilizada a validação de conteúdo pela técnica conhecida como Delphi ou julgamento por especialistas, sendo etapa em que operacionaliza a coleta dos dados.

Pela técnica Delphi os especialistas tem seu anonimato garantido; o julgamento ocorre com rodadas interativas e com feedback dos resultados, ou seja, especialistas recebem o instrumento a ser julgado, analisam o seu conteúdo e encaminham seu parecer para o pesquisador. Assim que os participantes (n=10) encaminharem os instrumentos respondidos, as informações serão analisadas e, se necessário, o instrumento construído será alterado e passará por mais uma rodada de julgamento pelos especialistas; repetindo-se as rodadas até alcançar o consenso de opiniões entre os mesmos. A concordância estabelecida neste projeto será de 70% para o instrumento ser considerado válido.

O tempo de resposta a ser solicitado a cada especialista será de 20 dias; e os dados coletados serão inseridos em um banco de dados eletrônico e organizados em tabelas, sendo garantido o

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 777.624

sigilo das informações e o anonimato dos participantes. A análise dos dados será realizada por meio de estatística descritiva.

Para compor o grupo de especialistas serão selecionados participantes, com ênfase no tema da pesquisa, que residem no Brasil, que preencham os critérios de inclusão e aceitem participar da pesquisa. A seleção e o recrutamento dos participantes serão através da busca na Plataforma Lattes pelo site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os critérios de inclusão, determinados pela pesquisadora, serão:

- Doutores e/ou mestres, especialistas em segurança do paciente ou em urgência e emergência;
- Doutores e/ou mestres com pelo menos um projeto, concluído ou em andamento, voltado para a segurança do paciente;
- Enfermeiros que atuam na prática assistencial em urgência e emergência, com mais de 5 anos de atuação; com ou sem título *stricto sensu*, mas que possuam cadastro na respectiva Plataforma Lattes.

Após a seleção, os especialistas serão convidados por meio de uma carta-convite via correio eletrônico, em que serão transmitidas informações a respeito do estudo. Ao aceitarem, os participantes receberão o TCLE, sendo considerados para a pesquisa apenas os especialistas que formalizarem a participação por meio do TCLE.

Como critérios de exclusão serão os participantes que desejarem não mais participar da pesquisa e os questionários incompletos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa.

O local da pesquisa será a Universidade Federal do Paraná, campus Botânico. O tempo estimado do estudo será a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da UFPR até março de 2018.

O desenvolvimento da pesquisa comporá a construção do instrumento e posteriormente a

Endereço: Rua Padre Camargo, 260

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 777.624

validação do mesmo; sendo esta última correspondente à coleta de dados.

Para a construção do instrumento será realizada a seleção de ações que representam medidas de segurança ao paciente; medidas que previnem a ocorrência de incidentes durante um atendimento de emergência. Estas ações serão compostas por práticas assistenciais, uma vez que práticas realizadas de forma correta e eficiente são primordiais para a prevenção de incidentes no cuidado.

As bases conceituais que fundamentarão a construção das ações serão as evidências científicas acerca da ocorrência de incidentes e erros no atendimento de emergência e os programas brasileiros de segurança do paciente. Os programas abordam, além das evidências científicas mais atuais, normas, regulamentos e legislações vigentes e desenvolvem orientações de boas práticas assistenciais em saúde.

O Programa recentemente criado no Brasil é o PNSP, e a partir dele foram instituídas orientações por meio dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente, estabelecidos pela Portaria MS/GM nº 529/2013 que visam instituir ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e melhoria da qualidade, compreendendo os protocolos de: 1. Cirurgia Segura; 2. Prática de Higiene das mãos; 3. Úlcera por Pressão; 4. Identificação do Paciente; 5. Prevenção de Quedas; 6. Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

Nesse sentido, estes protocolos citados, serão a principal fundamentação a ser utilizada, dando suporte científico para a elaboração do instrumento, visto que fornecem recomendações de boas práticas assistenciais mais seguras a todas instituições de saúde do Brasil. Estas recomendações serão analisadas e serão formulados os itens de ações de prevenção que comporão o instrumento.

Para a validação do instrumento será utilizada a validação de conteúdo pela técnica conhecida como Delphi ou julgamento por especialistas, sendo etapa em que operacionaliza a coleta dos dados.

Pela técnica Delphi os especialistas tem seu anonimato garantido; o julgamento ocorre com rodadas interativas e com feedback dos resultados, ou seja, especialistas recebem o instrumento a ser julgado, analisam o seu conteúdo e encaminham seu parecer para o pesquisador Assim que os participantes (n=10) encaminharem os instrumentos respondidos, as informações serão analisadas

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 777.624

e, se necessário, o instrumento construído será alterado e passará por mais uma rodada de julgamento pelos especialistas; repetindo-se as rodadas até alcançar o consenso de opiniões entre os mesmos. A concordância estabelecida neste projeto será de 70% para o instrumento ser considerado válido.

O tempo de resposta a ser solicitado a cada especialista será de 20 dias; e os dados coletados serão inseridos em um banco de dados eletrônico e organizados em tabelas, sendo garantido o sigilo das informações e o anonimato dos participantes. A análise dos dados será realizada por meio de estatística descritiva.

Para compor o grupo de especialistas serão selecionados participantes, com ênfase no tema da pesquisa, que residem no Brasil, que preencham os critérios de inclusão e aceitem participar da pesquisa. A seleção e o recrutamento dos participantes serão através da busca na Plataforma Lattes pelo site do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Os critérios de inclusão, determinados pela pesquisadora, serão:

- Doutores e/ou mestres, especialistas em segurança do paciente ou em urgência e emergência;
- Doutores e/ou mestres com pelo menos um projeto, concluído ou em andamento, voltado para a segurança do paciente;
- Enfermeiros que atuam na prática assistencial em urgência e emergência, com mais de 5 anos de atuação; com ou sem título *stricto sensu*, mas que possuam cadastro na respectiva Plataforma Lattes.

Após a seleção, os especialistas serão convidados por meio de uma carta-convite via correio eletrônico, em que serão transmitidas informações a respeito do estudo. Ao aceitarem, os participantes receberão o TCLE, sendo considerados para a pesquisa apenas os especialistas que formalizarem a participação por meio do TCLE.

Como critérios de exclusão serão os participantes que desejarem não mais participar da pesquisa e os questionários incompletos.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 777.624

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A Pesquisadora atendeu as pendências solicitadas. É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CURITIBA, 03 de Setembro de 2014

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br